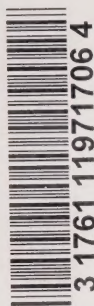


CAI  
XC 28  
-2007  
H28



HOUSE OF COMMONS  
CANADA



# **HEALTHY WEIGHTS FOR HEALTHY KIDS**

## **Report of the Standing Committee on Health**

**Rob Merrifield, MP  
Chair**

**MARCH 2007**

**39th PARLIAMENT, 1st SESSION**



---

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs, in whole or in part, must be obtained from their authors.

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire: <http://www.parl.gc.ca>

Available from Communication Canada — Publishing, Ottawa, Canada K1A 0S9

# **HEALTHY WEIGHTS FOR HEALTHY KIDS**

## **Report of the Standing Committee on Health**

**Rob Merrifield, MP  
Chair**

**MARCH 2007**

**39th PARLIAMENT, 1st SESSION**



# STANDING COMMITTEE ON HEALTH

## CHAIR

Rob Merrifield

## VICE-CHAIRS

Susan Kadis  
Christiane Gagnon

## MEMBERS

Dave Batters

Colleen Beaumier

Hon. Carolyn Bennett

Bonnie Brown

Patricia Davidson

Rick Dykstra

Steven John Fletcher

Luc Malo

Penny Priddy

## OTHER MEMBERS WHO PARTICIPATED

Hon. Brenda Chamberlain

Nicole Demers

Ruby Dhalla

Hon. Hedy Fry

Tina Keeper

James Lunney

## CLERK OF THE COMMITTEE

Carmen DePape

## LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

Nancy Miller Chenier

Odette Madore

Sonya Norris





# **THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH**

has the honour to present its

## **SEVENTH REPORT**

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied the subject of Childhood Obesity and presents its findings and recommendations.



Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119717064>

# TABLE OF CONTENTS

---

HEALTHY WEIGHTS FOR HEALTHY KIDS .....	1
THE COMMITTEE APPROACH .....	1
PART 1: HOW SERIOUS IS THE PROBLEM? .....	2
PART 2: WHY ARE OBESITY RATES RISING? .....	3
A. Level of Physical Activity .....	3
B. Food Intake .....	4
PART 3: WHAT DETERMINES HEALTHY WEIGHTS? .....	5
A. Income .....	5
B. Education .....	6
C. Social Environment .....	6
D. Physical Environment/Geographic Location .....	7
E. Culture .....	8
F. Biological/Genetic Factors .....	8
G. Services for Health .....	9
H. Gender .....	9
PART 4: WHAT WORKS? .....	10
A. Promising Practices in Physical Activity .....	10
i) Build Community Capacity .....	10
ii) Increase Public Awareness .....	10
iii) Provide Access Through Federal-Provincial Partnerships .....	11
iv) Develop Cultural Connections .....	11
v) Recognize Excellence in Schools .....	11
vi) Legislate Economic Incentives .....	12

B. Promising Practices Affecting Food Availability and Consumption.....	12
i) Emphasize Overall Nutrition .....	12
ii) Subsidize Healthy Foods .....	13
iii) Reduce Taxes on Healthy Foods.....	13
iv) Increase Awareness Through Front of Package Labelling .....	14
C. Promising Practices Promoting Both Healthy Eating and Physical Activity.....	14
i) Customize to Meet Diverse Needs .....	14
ii) Implement a Multi-Sectoral Approach.....	15
iii) Create Supportive School Environments .....	15
iv) Develop Partnerships (School, Community, Research).....	15
D. Lessons Learned .....	16
PART 5: WHAT ARE THE ISSUES SPECIFIC TO FIRST NATIONS AND INUIT? .....	16
PART 6: WHAT MUST BE DONE?.....	18
A. Set Specific Measurable Targets .....	19
B. Implement a Comprehensive Public Awareness Campaign.....	21
C. Implement Mandatory Front of Package Labelling.....	22
D. Limit <i>Trans</i> Fats .....	23
E. Collect Data for Targets .....	24
F. Collaborate on Knowledge Exchange.....	25
G. Increase Multi-Dimensional Research Capacity .....	26
H. Develop A Coordinating Mechanism .....	28
I. Control Children's Food Advertising .....	29
J. Increase Healthy Food Choices .....	31

K. Evaluate the Impact of Tax Credits .....	32
L. Support Appropriate Food and Physical Activity in Schools .....	33
M. Enhance Community Infrastructure .....	34
LIST OF RECOMMENDATIONS.....	37
APPENDIX A LIST OF WITNESSES .....	43
APPENDIX B LIST OF BRIEFS .....	51
REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE .....	55
DISSENTING OPINION .....	57



# HEALTHY WEIGHTS FOR HEALTHY KIDS

---

## THE COMMITTEE APPROACH

Childhood obesity has become an “epidemic” in Canada. Obesity rates are increasing worldwide, but Canada has one of the highest rates of childhood obesity in the developed world, ranking fifth out of 34 OECD countries. Recent data reveals that 26% of young Canadians aged 2 to 17 years are overweight or obese. Even more distressing is the evidence that about 55% of First Nations children on reserve and 41% of Aboriginal children living off reserve are either overweight or obese.

Children who are obese are at increased risk of being overweight or obese as adults. The Committee shares the fears of many experts who predict that today’s children will be the first generation for some time to have poorer health outcomes and a shorter life expectancy than their parents. The health implications of overweight and obesity — a range of preventable chronic diseases and premature death — are well documented. These implications are serious enough for adults who develop weight problems but pose an even greater threat for children who may develop chronic ailments at an uncharacteristic early age. Problems include (but are not limited to) the development of Type 2 diabetes, heart attack and stroke susceptibility, joint problems, and mental health issues.

On 15 June 2006, the House of Commons Standing Committee on Health initiated a study on childhood obesity in Canada with a particular focus on the responsibility of the federal government for First Nations and Inuit children. Through a series of thematic panels held from September 2006 to February 2007, the Committee aimed to: gather information on the dimensions of the overall situation; understand the influence of a wide range of health determinants; examine the approaches adopted in the provinces/territories and relevant countries; and define the role of the federal government in this area.

Knowing that this issue presents a complex public health concern, the Committee went beyond the traditional health community to hear from a wide range of witnesses about the role of income, education, social and physical environments in contributing to increasing rates of obesity among Canada’s children. In addition to hearing specifically from First Nations, Inuit and other Aboriginal groups, it heard from witnesses representing health professionals, nutrition and fitness organizations, the food, telecommunication and advertising industry, recreation and sport groups, municipal and provincial governments, food security initiatives, and others. The Committee also held two videoconferences with consumer, industry and government representatives from the United Kingdom, a country with several years of experience in tackling childhood obesity.

But, most significantly, the Committee went beyond the federal health portfolio in its horizontal federal approach. In addition to representatives from Health Canada, the Public Health Agency of Canada, and the Canadian Institutes of Health Research, it invited a wide range of federal departments and agencies to talk about their responsibility in a broad and comprehensive approach to this serious problem. Finance Canada, Indian and Northern Affairs Canada, Sport Canada, Heritage Canada, Infrastructure Canada, the Canadian Food Inspection Agency, the Canadian Radio-television and Telecommunications Commission and Statistics Canada talked about their particular role in the multiple dimensions essential to effective federal action on healthy weights for children.

## **PART 1: HOW SERIOUS IS THE PROBLEM?**

The Committee was shocked to hear how much overweight and obesity rates among children and adolescents in Canada have increased over the past three decades. In 1978, 12% of children and adolescents aged 2 to 17 years were overweight and 3% were obese — for a combined overweight/obesity prevalence of 15%. By 2004, 18% were overweight in this age group and 8% were obese — a combined prevalence of 26%.

While increases in overweight and obesity are similar among boys and girls, trends do vary with age. For example, the proportion of children aged 2 to 5 years who were overweight or obese remained virtually the same from 1978 to 2004 (around 21%). In contrast, the overweight/obesity rate in the other age groups doubled in the same period, from 13% to 26% for children aged 6 to 11 years and from 14% to 29% for adolescents aged 12 to 17 years. The adolescent obesity rate alone tripled from 3% to 9%.

The situation for Aboriginal children is the most alarming. Some 55% of First Nations children and 41% of Aboriginal children and adolescents living off-reserve are either overweight or obese. First Nations children aged 9 to 11 years are twice as likely to be overweight as their 3 to 5 year old counterparts (29% versus 13%). Younger First Nations children, however, are more likely to be obese than the older children (49% versus 26%). Unfortunately, no comparable data currently exist on the prevalence of overweight and obesity among Inuit children.

The Committee heard that rates of overweight and obesity among children and adolescents also fluctuate widely across the country. In 2004, the combined overweight/obesity rate of those aged 2 to 17 years was significantly above the national average (26%) in Newfoundland and Labrador (36%), New Brunswick (34%), Nova Scotia (32%) and Manitoba (31%). The prevalence of obesity was significantly higher than the national figure of 8% in Newfoundland and Labrador (17%) and New Brunswick (13%). Conversely, the combined overweight/obesity rate was below the national level in Quebec (23%) and Alberta (22%); however, the obesity rate in these provinces was similar to the national rate. The combined rates for the other provinces were 30% in Prince Edward Island, 29% in Saskatchewan, 27% in Ontario and 26% in British Columbia.

The Committee was surprised that, although childhood overweight/obesity is rising, there is a major gap between that reality and the perception of Canadian parents about the weight of their children. The Committee heard that one survey indicated that only 9% of parents of children under the age of 18 years identify their children as overweight or obese. This contrasts to the actual combined rate of 26%. This lack of recognition, or denial, raises a significant challenge in increasing parents' awareness, and it poses an even greater risk to the health of Canadian children.

The Committee heard that, as overweight children of today become tomorrow's obese adults, the burden on the health care and social systems is expected to increase. One estimate suggests that obesity in the overall population currently costs Canada about \$1.6 billion annually in direct health care costs, or 2.4% of total health care spending. In addition, there is another \$2.7 billion in indirect costs associated with obesity, including lost productivity, disability insurance, reduced quality of life and mental health problems due to stigmatization and poor self-esteem.

## **PART 2: WHY ARE OBESITY RATES RISING?**

The Committee knows that overweight and obesity in children — as in adults — is linked to inadequate physical activity and to poor eating habits. Food intake (calories in) and level of physical activity (calories out) are therefore central elements in understanding childhood obesity. But, in turn, these variables are affected by multiple factors such as economic status, social and physical environments, genetics, education, and culture that determine how children eat and how active they are. Repeatedly, witnesses pointed to these multiple underlying determinants of health that affect children and their parents and the ability to make healthy choices.

### **A. Level of Physical Activity**

The Committee heard that Canadian children and adolescents are not active enough. Objective measures of physical activity for children include studies where they wear pedometers that count the steps taken everyday. Only 49% are active during their leisure time, accumulating the equivalent of about one hour of walking a day. This finding is consistent for children and adolescents in rural, urban and Aboriginal communities alike. Moreover, girls consistently report less daily activity than boys. Most Canadian children do not participate in the 90 minutes per day of moderate activity (e.g., walking) or vigorous activity (e.g., running, climbing, swimming), as recommended by Canada's Physical Activity Guides for Children and Youth. It is estimated that only 21% of children and adolescents meet the international guidelines for daily activity for optimal growth and development.

Children and adolescents who participate in both unorganized and organized physical activity are at lower risk of being overweight and obese. In contrast, screen time (watching television, using the computer or playing video games) is associated with overweight and obesity. For example, children aged 6 to 11 years who engaged in more than two hours of screen time per day in 2004 were twice as likely to be overweight or

obese compared to those who logged one hour or less per day. On average, adolescents in Canada spend almost 35 hours a week in front of the screen, representing more time than in the classroom over the course of the year.

Witnesses pointed out that there are barriers to being more active and that children require more engagement by and commitment from parents, schools and neighbourhoods. For example, only about one third of parents report participation in active games with their children. A similar proportion indicates insufficient programs and facilities nearby for their children to be active. Research also indicates that children and youth with a parent who is inactive in his or her leisure time are also themselves more likely to be inactive. In addition, less than one in five children have daily physical education in school. For neighbourhoods, those with lower socio-economic status have higher levels of obesity, less participation in organized sports and a lack of safe parks and playgrounds.

## **B. Food Intake**

The Committee was told that children are consuming too many calories. This was attributed to increased portions, increased intake of fatty and processed foods as well as greater consumption of sugary drinks. The link between obesity and the increased consumption of sweetened drinks is particularly disturbing. It has been estimated that sugary drinks may be responsible for as much as one pound per month weight gain in adolescents.

Witnesses provided data showing that in 2004 almost 60% of Canadian children and adolescents aged 2 to 17 years consumed fruits and vegetables less than five times per day — the Canada's Food Guide recommended daily minimum. Those who consumed fruits and vegetables either less than three times per day or between three to four times per day were significantly more likely to be obese (10% and 9% respectively) compared to those who ate fruits and vegetables five or more times per day (6%).

For children in First Nations and Inuit communities, witnesses linked the fact that they are eating less high-quality traditional foods than their parents to the rising obesity rate. The maximum daily average of energy consumption from traditional foods by Aboriginal children is around 10%, while 40% of their calorie intake is from sugar, fat, highly refined grains, or junk food. Research shows that there is better daily dietary nutrient adequacy when at least one daily serving of traditional food is contained in the diet of Aboriginal Canadians.

The Committee is concerned about research that suggests a correlation between food and beverage advertising and childhood obesity, particularly with respect to advertising of high-calorie and low-nutrient foods and beverages to children. Concerns about the negative consequences of marketing and advertising to children have led Quebec (since 1978), Sweden (since 1991) and Norway (since 1992) to ban direct television advertising to children. This ban prohibits all television advertising of any products to children; it is broader than food advertising, but is limited to television. As in Sweden and Norway, Quebec's ban covers only advertising originating within the

respective jurisdictions. In response to similar concerns about television advertising to children, the United Kingdom adopted in 2006 a more targeted approach by implementing a total ban on the advertising of food and beverage products that are high in fat, salt and sugar in and around all programs of particular appeal to children.

### **PART 3: WHAT DETERMINES HEALTHY WEIGHTS?**

Most witnesses talked about how behaviours and patterns of food choice and physical activity are shaped by the child's environment. They saw a direct link between obesity and the key determinants of health, referring to multiple social, economic, physical, biological and other factors. They emphasized that assumptions about the responsibility of parents to ensure their children are adequately nourished and provided for in terms of their physical recreational needs must be balanced with the other realities facing many families.

#### **A. Income**

The Committee heard strong evidence that childhood obesity is linked to socio-economic factors. Family income in particular affects both food access and physical activity as cost places limitations on nutritious foods and restricts access to things such as equipment and organized sports. On one hand, there is a higher prevalence of food insecurity — that is, not having enough food to eat or not eating the quality or variety of food desired — among low income families, single mother households and Aboriginal Canadians. The likelihood of individuals reporting problems of food insecurity is tripled if they are on social assistance and almost four times if their main source of income is social assistance. On the other hand, low income families often do not have access to safe, adequate and appropriate facilities for recreation.

Concerning food specifically, witnesses cited data from surveys on household food expenditures showing the relationship between income and food purchasing. Thus, as income rises, the purchasing of fruits and vegetables steadily increases, and as income falls, the purchasing of fruits, vegetables and milk products declines sharply. Among the “meat and meat alternatives” group, low-income Canadians are more likely to purchase high fat meats while those with higher incomes purchase lean meats. With respect to nutrients in food, as income rises, so does the amount of nutrients in the food that is being purchased. Among low-income households, purchases in stores include a preponderance of foods that are higher in energy density and lower in nutrient density.

Food insecurity is a particular problem for First Nations children where one out of four lives below the poverty line and for Inuit where median incomes are significantly lower than non-Inuit populations. The cost of local nutritious food baskets in northern communities continues to rise far beyond the rates of minimum wages and social assistance. For urban Inuit and other urban Aboriginal populations, food insecurity means accessing food banks to meet the basic needs of their families for substance rather than nutrition. For northern communities, the high cost associated with hunting for traditional

country food means that those on low incomes cannot purchase boats, skidoos, gas and other necessary equipment.

Regarding physical activity, many witnesses saw low income as the largest barrier to participation in both unorganized and organized sports. This was particularly true for First Nations and Inuit children. For example, of the more than 500 First Nations schools, only half have a gym. Many parents in northern remote communities have limited capacities to finance facilities and equipment for recreational activities, indoor or outdoor. In addition to a lack of affordable programs in many of these communities, parents have limited time and money for transporting their children to programs over the long distances. Aboriginal children in urban settings face similar financial and time barriers. As well, the Committee was told that some children receive insufficient nourishment to provide the physical stamina to keep up with other children in physical activities.

## **B. Education**

As with income, the Committee was told that the overall health status of individuals generally improves as education increases. Witnesses emphasized that effective education equips children and their parents with essential knowledge and skills for decision-making and problem-solving relevant to childhood obesity. For example, literacy and numeracy skills are important for understanding food labels as well as for making informed decisions about guides to physical activity and food. Witnesses pointed out that the practice of educating parents and families about good nutrition needs to be augmented with programs that teach parents and caregivers the necessary skills to prepare and plan nutritious meals. The Committee realizes that simple educational tools employing many different media can enhance learning about appropriate food and physical activity levels.

## **C. Social Environment**

The Committee was told that healthy communities with sustained social support networks can provide a backdrop for greater overall health among children. In particular, many witnesses talked about the role of strong cohesive communities in combating childhood obesity. They described various promising practices whereby people share time and resources to engage children and parents in physical activities. Some talked about efforts to strengthen localized food systems, whereby neighbourhoods developed community kitchens, community gardens, food cooperatives and other food initiatives to support families with children.

Witnesses emphasized the importance of individual self-sufficiency in combination with socially stable and cohesive communities as important for parents when making choices that affected their children. For First Nations and Inuit, the lack of control over many aspects of their personal lives and within their communities, in combination with historical injustices, has created many negative outcomes for children. Witnesses called for a move to more self-determination and self-government whereby communities could take

greater control and provide oversight into the design as well as the delivery of programs and services relevant to and culturally appropriate for childhood obesity.

#### **D. Physical Environment/Geographic Location**

According to witnesses, where a child lives is a major determinant of obesity. For example, children living in better neighbourhoods are reported to have only 50% of the risk of becoming overweight or obese relative to children living in disadvantaged neighbourhoods. Factors such as greater access to playgrounds and parks combined with greater access to general supermarkets with a variety of modestly priced foods contribute to this difference.

The incorporation of mixed land use and greater density in neighbourhood design is particularly important with respect to physical activity. The Committee heard that people who live in walkable neighbourhoods are 2.4 times more likely to get the recommended amount of physical activity. Each additional hour spent in a car is associated with a 6% increase in the likelihood of being obese. Each additional kilometre that people walk translates into about a 5% reduction in the odds of obesity. For all age groups, the presence of open space and parks in the neighbourhood, within easy walking distance, is the single factor most likely to encourage walking. Parental perceptions of public safety with respect to automobile traffic as well as crime rates also affect walking in neighbourhoods. For example, about 27% of those living in low socio-economic neighbourhoods report that there is a lack of safe parks and playgrounds in their neighbourhoods, compared to 9% in the high socio-economic neighbourhoods.

Witnesses also talked about the differences between northern and southern communities with regard to food costs. Food-basket studies indicate that northerners pay far more than southerners for the same basket of food. For a family of four, the northern food basket in Kugaaruk, Nunavut, costs \$327 weekly, an amount double that of Edmonton. With respect to physical activity, financing and promoting healthy and positive intercommunity competition is more difficult in isolated communities. In addition to the limited human capacity and lack of facilities, even getting a basic service such as transportation to and from events can be a challenge for locations accessible only by air or winter roads.

Rural and urban differences also exist among Aboriginal peoples. For example, although only about 10% of food energy in an urban child's diet comes from traditional food, these urban diets generally contain less junk food than the rural ones. Witnesses noted that environmental deterioration and contamination has changed migration routes and patterns of herding animals as well as reducing the availability of food plants. These changes in turn have affected the access to traditional foods and associated traditional physical activities.

## **E. Culture**

The Committee is aware that cultural values and norms can affect food and physical activity patterns among children. Witnesses noted the need to be specific and sensitive to diverse communities, recognizing cultural food habits and physical activity patterns. It was suggested that encouraging positive movement on either area does not work the same way from culture to culture and needs the engagement of connected people at the ground level to work with different communities to understand the effectiveness of various efforts.

One witness presented evidence suggesting that, for South Asian children, cultural food preferences could contribute to childhood overweight and obesity. A multi-tiered approach that involved community places of worship, schools and other centres for educational sessions was deemed important.

Witnesses representing First Nations and Inuit communities noted that success in reducing obesity levels among children occurred when people went back to culturally appropriate and traditional approaches. Both the continuation of traditional games, sports, and recreational activities and the provision of traditional foods were seen as inherent for the maintenance of physical health in this population. It was also pointed out that, for urban Inuit, language can be a barrier and when instructions are given for physical activities and food preparations, they can be misunderstood or interpreted. As well, awareness and understanding of healthy eating habits and food preparation in urban settings is actually a learned skill. Traditional knowledge passed down from grandparents to the young is not useful in urban settings and families who move actually have to re-learn what is nutritious and how to feed families.

## **F. Biological/Genetic Factors**

Witnesses noted that both biology and genetics play a role in achieving and maintaining healthy weights. How children eat and how they move in physical activity are linked to both inherited traits and physiology.

For example, the Committee heard that some groups appear predisposed to certain obesity-related health conditions at an increased rate over the general population. Witnesses talked about a genetic susceptibility of individuals in Aboriginal and South Asian populations to Type 2 diabetes. They pointed out that, in the Aboriginal population, individuals develop diabetes an average of 10 to 20 years earlier than within the general population. For these children it was argued that intervention strategies must begin very early in life, since some of them are obese upon entering school, with weight problems starting as young as two years of age. As well, witnesses noted that there is considerable variability among children with respect to body size. It was emphasized that physical characteristics of population groups can vary significantly. For example, they challenged the use of the body mass index for assessment of childhood obesity among First Nations and Inuit children. They noted that these children may have birth weight and growth patterns that are different from the general population.

## **G. Services for Health**

The Committee sees clearly that a range of services, many falling outside the traditional health sphere, are essential for any effective approach to childhood obesity. In addition to the availability of quality services for health promotion and health interventions, witnesses called for programs that focused on a wider array of professional skills. For many, nutritionists and dieticians were seen as key to the food side of the childhood obesity equation, with physical educator specialists as key to the physical activity side. Several witnesses called for more education for physicians and the medical community about the factors contributing to childhood obesity and argued that health care professionals need to be pushed to work across other sectors in prevention related activities.

In the overall context of health care for First Nations, it was pointed out that 30% of the communities are located more than 90 kilometres from a general practitioner. The nursing shortages are severe and nurses face a huge primary care burden that does not permit time to counsel people on how to improve their children's nutritional habits. The communities lack school-based nutrition and physical activity promotion programs and the resources to hire recreation directors, qualified physical education teachers, dieticians or nutritionists.

Although witnesses argued that the healthcare system and healthcare professionals must be more oriented to prevention of childhood obesity, they also spoke about the need to change the way that physicians and other health professionals intervene after the fact. They wanted better scientific evidence about the use of the body mass index for childhood obesity assessment versus other measures such as abdominal fat. They wanted more comprehensive work by general practitioners with the parents and families of children who were overweight and obese. They called for an increase in obesity treatment centres for children and adolescents.

## **H. Gender**

The Committee heard that increases in overweight and obesity are similar among boys and girls. However, a few witnesses mentioned how the array of society-determined roles and behaviours that affect boys and girls differently could have a role in childhood obesity.

On physical activity, witnesses noted that surveys reveal that boys, on average, are more active and take more steps than girls. While the activity declines sharply by age for both boys and girls from 5 to 9 years olds through to teenagers, there is a sharper decline for girls. On a positive note, it was reported that the parents of girls, when asked about encouraging and supporting children's activities, are now more likely than in previous years to say that they play with girls in active games. As well, a study of the effect of physical activity on obese girls showed that they demonstrated less psychological health patterns when involved in higher levels of physical activity.

## **PART 4: WHAT WORKS?**

The Committee heard repeatedly that investing in children now will pay off in this generation. It learned that effective programs promoting healthy weights for children need to be based on child development principles and be rewarding and non-punitive for those involved. Endeavours that recognize the influence of multiple sectors — health, education, environmental, social services, agricultural, transportation, community infrastructure, etc. — are deemed most likely to succeed. The interventions must take place at all levels — individual, family, community, school, municipal, provincial/territorial and federal, as well as extending into the international sphere where globalization of markets and media advertising play a role.

Witnesses told the Committee about a number of past as well as ongoing initiatives in the areas of food and physical activity that involved the federal government in some capacity. Many referred to the successes of the federal tobacco strategy, suggesting that similar practices could be employed to address childhood obesity. However, they cautioned against adopting measures that would stigmatize obesity or demonize food. As well, they emphasized that initiatives are more likely to succeed if children are included in their design. Witnesses were frank about the fact that, while some initiatives might yield unexpected results and might be limited in their scope, all had the potential to produce benefits and all provided a measure of learning for others involved in the promotion of healthy weights for children. They emphasized that it is rare for one intervention to demonstrate a direct link or change to weight.

### **A. Promising Practices in Physical Activity**

#### **i) Build Community Capacity**

The initiative called Saskatoon In Motion was viewed as representing some best practices in terms of building capacity within the community, in mobilizing it and in making things happen with respect to physical activity. It involved a Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Community Alliance for Health Research initiative where an investment from CIHR of \$1 million per year for five years was leveraged tenfold by a researcher at the University of Saskatchewan. Once the CIHR money was on the table, the city and province came to the table with additional funds for the intervention activity. Witnesses acknowledged that the initiative did not solve the problem; childhood obesity in Saskatchewan is higher and its activity levels are lower than the Canadian average. However, they raised the question of how much worse obesity levels might have been in the absence of the initiative.

#### **ii) Increase Public Awareness**

ParticipACTION, a recipient of federal funding from 1970 to 2001 and recently re-launched, is internationally renowned as one of the most recognized public awareness campaigns in the world. The recognition of the ParticipACTION name still exceeds 80%,

despite the fact that there has been no extensive media campaign since 2001. Witnesses noted that social marketing campaigns require a long time to build awareness, especially understanding of things that can be changed, both at the broader societal level and individual parent and child level. They stressed that it is important not to isolate one aspect such as ParticipACTION recognition alone but to combine any related campaign with surveillance, research, school-based physical education, community infrastructure investments and other elements. While obesity rates have climbed since the 1970s, witnesses argued that this fact alone does not mean that ParticipACTION was not beneficial but rather that other factors need to be addressed such as the impact of increased computer and automobile use as well as increased portion sizes.

### **iii) Provide Access Through Federal-Provincial Partnerships**

The Ontario Sport for More program resulted from a four-year \$6.1 million bilateral federal-provincial agreement. This agreement was one of many signed between provincial governments and Sport Canada. This program currently provides weight training equipment to an Aboriginal high school in Thunder Bay, leadership clinics for Aboriginal coaches and is supporting the 2006 and 2008 Ontario Para-Olympic winter championships. It aims to increase sport participation and physical activity among under-represented groups including youth from low income families, ethnic minorities, Aboriginal communities and those with disabilities.

### **iv) Develop Cultural Connections**

The Aboriginal Sport Circle funded by Heritage Canada has worked for ten years to develop the mechanisms for Aboriginal sport and recreation. The organization sees effective sport and recreation programs as a vehicle to promote healthy weights through the development of personal skills and self-esteem. Its programs aim to build community fabric, strengthen cultural connection and creative expression, and provide healthy alternatives for youth. Witnesses observed that, through fostering teamwork and leadership and providing a place to belong, sport and recreation are effective in social development, crime prevention, substance abuse recovery, social inclusion, and relief for young mothers. Witnesses noted that, where recreation directors and coaches exist, there are role models and avenues for communication about healthy eating, for education about racism, as well as for setting and reaching goals. The programs are seen as creating a powerful medicine related to the traditional teachings of the medicine wheel that encompass the spiritual, the emotional, the mental and the physical side and that heal from the inside.

### **v) Recognize Excellence in Schools**

The Recognition Award Program (RAP) of the Canadian Association for Health, Physical Education, Recreation and Dance (CAHPERD) identifies, recognizes and encourages excellence in school physical education programs. Elementary and secondary schools that are committed to the RAP philosophy and meet the program's standards and criteria are eligible for an award banner ranging from gold to platinum to diamond. The

Fédération québécoise du sport étudiant manages a similar, but broader in scope, awarding program — called ISO ACTIVE/ACTIF — which promotes healthy choices not only through physical activity, but also through nutritious food and a smoke-free environment. The Fédération assesses the information provided by schools and rewards their efforts by awarding points. The awards include bronze, silver, gold and excellence. Both RAP and ISO ACTIVE are recognized as successful programs in emphasizing healthy eating, physical activity and their relationship to healthy weights.

## **vi) Legislate Economic Incentives**

One recent initiative of Finance Canada was cited as having the potential to facilitate access by children and youth to physical activity and recreation programs. Announced by the federal government in the May 2006 Budget, the Children's Fitness Tax Credit on fees of up to \$500 per child for enrolment in eligible physical activity programs was implemented on 1 January 2007 with a reported cost of approximately \$160 million annually. An Expert Panel created to advise the Minister of Finance on the nature of programs that should be eligible for the tax credit released its report on 26 October 2006 and recommended that cardio-respiratory endurance (through aerobic activity) be a criterion for eligibility, combined with one or more of: muscular strength, muscular endurance, flexibility and balance. It also recommended that the physical activity or sport program be "ongoing," requiring a minimum of one session per week for eight weeks or a minimum duration of one week (or five consecutive days) for a camp and that there must be supervision. Eligible costs would also include extra-curricular school-based activities that meet the above criteria.

The Children's Fitness Tax Credit is similar to the Healthy Living Tax Credit which was introduced in Nova Scotia in 2005 to help with the cost of registering children and youth in eligible sport and recreation activities that offer health benefits. This credit, which is non-refundable, was based on a maximum spending of \$150 per child when established, and raised to \$500 in 2006. It is estimated that the tax credit costs the Nova Scotia government \$2.2 million annually. Although it is too early to evaluate the impact of the provincial tax credit the Committee heard that the first year of preliminary data indicates an uptake by about 30% of families with children. However, the first year data cannot indicate any change in behaviour and ongoing data collection and surveys will be used to understand the long-term implications of the tax credit.

## **B. Promising Practices Affecting Food Availability and Consumption**

### **i) Emphasize Overall Nutrition**

Various programs of Health Canada aimed at First Nations and Inuit populations such as Aboriginal Head Start, Canada Prenatal Nutrition Program, Community Action Program for Children and the Aboriginal Diabetes Initiative emphasize overall nutrition as well as encourage the intake of traditional country foods. Through these initiatives, parents participate in program activities, including nutrition counselling, community gardens and

kitchens, food purchasing, preparation and planning. Often, the focus is on community food security and the emphasis on localized food systems. However, Inuit and other Aboriginal peoples talked about the fact that there are still some barriers to the use of locally available country food. For example, in Nunatsiavut, food regulations do not allow the provision of country food in daycare centres without prior tests. However, in Nunavik, daycare centres are planning to provide 85% of the required nutrients per day, with 30% to 40% being filled by country food. Through the Canada Prenatal Nutrition Program, in some regions in Nunavik, caribou and caribou are provided to pregnant women.

## **ii) Subsidize Healthy Foods**

The Food Mail Program represents an example of ongoing collaboration, between Health Canada, Indian and Northern Affairs Canada and Canada Post, that pays part of the cost of transporting nutritious perishable foods to isolated communities. This subsidy on air freight is intended to reduce the cost of shipping food and to enable retailers in these communities to sell fresh food at lower prices. About 140 communities, mainly Aboriginal communities, across northern Canada are eligible. Witnesses explained that the federal government increased the freight subsidy from 30 to 80 cents per kilogram of products like fruits, vegetables and dairy as part of a pilot project implemented in 3 communities. As a result of the augmented freight subsidy, the purchase of these products increased significantly. Although the long term contribution of this program on healthy weights has never been evaluated, witnesses suggested that this pilot project should be made permanent and extended to other communities under the Food Mail Program.

## **iii) Reduce Taxes on Healthy Foods**

The question of whether to reduce taxes on healthy foods often turned to the question of federal taxation of unhealthy foods as part of an effort to promote healthy weights for children. Witnesses explained that federal and provincial taxation has already been used successfully to reduce tobacco consumption. Some wanted a tax on foods deemed to be energy dense but nutritionally poor, such as sweet and soft drinks, most snack foods and certain categories of fast food. Others talked about a related endeavour whereby large categories of food would be taxed on the basis of certain macro-nutrient content, such as a per unit tax on the saturated fat content. Some pointed out that, under the current federal *Excise Tax Act*, the GST is already levied on unhealthy foods such as soft drinks and various snack foods, including candies, potato chips, salted nuts and salted seeds, while the vast majority of other foods and beverages (or “basic groceries”) are zero-rated, i.e. not subject to the GST. However, the current GST legislation is not applied uniformly as it relates to healthy and unhealthy foods and beverages. For example, all foods and beverages supplied from vending machines or prepared by restaurants and caterers are subject to the GST without distinction between healthy and unhealthy foods. In contrast, while foods of questionable nutritive value such as sugary breakfast cereals, *trans* fat laden shortening and high fat dairy products are exempt from the GST when sold in retail stores, healthy beverages including water are not. Concerns focused on the behavioural changes and subsequent potential effect on obesity expected from different levels of taxation on unhealthy foods in contrast to the monetary impact on consumers who

would still consume them. In particular, witnesses noted the regressive nature of the taxation and its disproportionate impact on low income families that must spend a larger percentage of their income on food.

#### **iv) Increase Awareness Through Front of Package Labelling**

A number of front of package labelling practices have been promoted to permit the quick identification of healthy-choice foods. For example, the United Kingdom has implemented a voluntary sign-post labelling system which uses a traffic light symbol to distinguish between the healthiest food choices (green light), less healthy choices (amber light) and least healthy choices (red light) with respect to fat, saturated fat, salt and calories. In contrast to the mandatory nutritional labelling that is now largely in force in Canada, the UK traffic light system is voluntary, as is their nutritional labelling. Another example is the Health Check™ system which was created in 1998 by the Heart and Stroke Foundation in consultation with Health Canada; it is based on specific nutrient criteria developed using Canada's Food Guide. The criteria vary for different food groups. Moreover, various companies are also developing similar front of package symbols, such as PepsiCo's Smart Spot™, President's Choice Blue Menu™ and Kraft's Sensible Solutions™. These industry-sponsored initiatives do not adhere to any standardized criteria and are not subject to specific regulations. As such, they are not endorsed by Health Canada and the criteria are developed by the food manufacturers themselves. While nutrition information available on food packages can be an important guide to healthy eating for children and parents, some witnesses raised the concern that the proliferation of competing symbols and logos may create greater confusion among consumers.

### **C. Promising Practices Promoting Both Healthy Eating and Physical Activity**

#### **i) Customize to Meet Diverse Needs**

Action Schools! BC is considered a best practices model designed to assist British Columbia schools in creating individualized action plans to promote healthy living. It is not a program, but a framework which provides resources and examples of best practices for integrating physical activity and healthy eating into the fabric of elementary schools. It facilitates what schools are already doing, provides evidence about interventions that work, and assists schools in customizing efforts to meet individual needs. The framework for action focuses on six zones to create a balanced portfolio of activities that promote healthy living: school environment, scheduled physical activity, classroom action, family and community, extra-curricular and school spirit.

## **ii) Implement a Multi-Sectoral Approach**

Nova Scotia is one provincial government that has adopted a multi-departmental, multi-partnership and multi-pronged approach to achieving healthy weights for children. The approach addresses both healthy eating and quality physical activity and encompasses numerous initiatives. These include: the Active Kids, Healthy Kids strategy that, with three departments (Sport and Recreation, Health, and Education) and multiple non-government organizations, aims to increase the number of children and youth who are active every day in school and the community; the Food and Nutrition Policy for Public Schools that, with two departments (Health, Education), outlines standards for foods and beverages served and sold in schools; the Healthy Living Tax Credit that, with two departments (Finance and Health), helps with the cost (up to \$500) of registering children and youth in eligible sport and recreation activities that offer health benefits. As well, for Aboriginal populations, it uses the Tripartite Forum, with Mikmaq, provincial and federal representatives, to set a number of goals for healthy eating and physical activity in Mikmaq schools.

## **iii) Create Supportive School Environments**

The Annapolis Valley Regional School Board in Nova Scotia, with funding from Health Canada's Canadian Diabetes Strategy, adopted a Health Promoting School approach to create supportive school environments. The goal was to enable children to make healthy choices about nutrition and physical activity on a daily basis and for life, in order to reduce their risk of developing chronic diseases. The schools employed a variety of strategies including having wellness fairs involving students and parents, developing handbooks of new games for recess and lunch hour, opening school gyms after hours to non-competitive sport activities and increasing the availability of fresh fruits and vegetables. The result was 59% less overweight and 72% less obesity in the participating schools. The program has now been expanded by the provincial government from the initial seven schools to about forty.

## **iv) Develop Partnerships (School, Community, Research)**

The Kahnawake schools diabetes prevention project began in Quebec in 1994 with health research funding from the federal government and continues with a combination of funding from private foundations, the CIHR and the community. In this model of community and research partnership, the community shares responsibilities around research and the research collected has to be useful and relevant to the community. The program focuses on nutrition, physical activity and diabetes prevention from kindergarten to grade six. It promotes healthy food and bans junk food in the schools. The intervention activities also extend beyond the schools with activities designed for families, organizations, and the community at large. The evaluation assessed the short-term and long-term effects on

behaviour change in two specific areas, physical activity and dietary practices. It detected no change in children's physical activity levels but did see a reduction in television watching during school days. It also revealed an overall decrease in the consumption of soda, chips and french fries and increased consumption of low-fat milk and whole wheat bread. However, despite the behavioural changes, the prevalence of those who were overweight and obese increased from 31% in 1994 to 47% in 2004. Witnesses pointed to several lessons learned from this initiative. First, approximately half the children entering grade one were already overweight or obese suggesting a need to refocus intervention efforts on preschoolers, infants, families, and even pregnant moms. They also noted that the number of physical activity minutes in the schools decreased during this time. In addition, they pointed to the need for greater organizational and resource support of front-line workers who carry the responsibility for implementing a primary prevention. Most importantly, the continuous process of presenting research back to the community has led to a continued community commitment.

#### **D. Lessons Learned**

These selected examples suggest the availability of a wide range of creative initiatives that have the potential to contribute to the reduction of childhood obesity. Witnesses called for linkages between existing provincial clearinghouses and knowledge exchange centres, measures to enable people to share information from one jurisdiction and one community to the next. They pointed out that there is no central federal mechanism for funding initiatives across the multiple departments and agencies and that many ongoing initiatives exist within departmental silos. They emphasized that the dollars invested in community interventions are miniscule when compared to the billions of dollars that marketing companies have to market foods and video games to children and parents. Witnesses from northern or remote areas noted that many existing programs are modelled on southern communities and are not appropriate in other settings, but that the funding criteria require the application of the specific model.

Furthermore, witnesses called for ongoing programs to be evaluated so that more interventions could have a solid evidence-based foundation. They wanted to know whether existing interventions that are related to diet and physical activity would be promising practices that can be replicated in other communities across the country. They insisted on the need to establish targets and to collect appropriate health indicators to measure effectiveness and monitor progress achieved.

### **PART 5: WHAT ARE THE ISSUES SPECIFIC TO FIRST NATIONS AND INUIT?**

It is clear that the health of First Nations and Inuit as well as other Aboriginal children is shaped by the same determinants as the overall Canadian population. That is, factors such as income, geography, physical environment, and other determinants that influence the prevalence of childhood obesity are not particular to First Nations and Inuit. As such, issues pertinent to childhood obesity in the Canadian population as a whole also pertain to First Nations and Inuit.

Nonetheless, the Committee is acutely aware that the overall health status of First Nations and Inuit and their children is well below that of the rest of Canadians. Accordingly, there is a need to provide a separate focus for First Nations and Inuit children. Prevalence of childhood overweight and obesity among these populations is twice that of the general Canadian population. The increased rates of overweight and obesity in First Nations children translates into higher incidence of Type 2 diabetes (not a reportable disease) by the time they reach adolescence.

The federal government has direct responsibility for factors that affect the health status of First Nations and Inuit children. For status Indians and recognized Inuit, Health Canada has a lead role for health service delivery and Indian and Northern Affairs Canada for education and social assistance. Other departments have significant support roles through the funding of programs that impact on the broad determinants of health.

The federal government employs the same complex and unconnected sectoral arrangements to engage First Nations and Inuit children as it does for the rest of the Canadian population. In addition, many federal programs have adopted a pan-Aboriginal approach that suggests that Aboriginal peoples are a homogeneous group and that underplays the diversity within and between the constitutionally recognized groups of "Indian, Inuit and Métis peoples of Canada."

As a result, some federal investments specifically for First Nations and Inuit are difficult to track. For example, although the federal transfers for healthcare and social programs apparently are calculated using First Nations statistics, Finance Canada does not monitor whether they reach the children in First Nations communities. Also, while Sport Canada has committed to build capacity for sport and recreation in the broader Aboriginal population, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada have not partnered in this endeavour by supporting the community health promotion or the school physical education components.

Representatives from First Nations and Inuit organizations observed that, at the community level, there are many administrative obstacles related to the management of programs supported by Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada. They pointed out that communities are structured like the federal government with no communication between sectors. There is little flexibility allowing for the transfer of resources, the identification of priorities or the determination of the need for recruiting additional skilled personnel. They noted that this inflexibility restricts the ability to implement the necessary holistic approach whereby all sectors (health, education, social services, etc.) could work hand in hand. They argued that opportunities to promote healthy weights for First Nations and Inuit children can be provided in early learning programs, after school programs and through multiple community initiatives.

In addition, witnesses pointed out that many programs for First Nations and Inuit continue as pilot projects for years, leaving communities with no expectation of continuity. They noted that projects are often based on an initial five year process followed by year-by-year extensions. They argued that this approach generates instability with respect

to staff commitment and prohibits long-term changes within a child's life as well as in the supporting community.

Witnesses also talked about the jurisdictional gap with federal, provincial and territorial governments reluctant to assume responsibilities that each feels belongs to the other. While First Nations representatives stated that the federal government has a distinct fiduciary obligation through treaties and inherent rights wherever First Nations reside, representatives from Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada talked only about services delivered on reserves. The divide between on-reserve and off-reserve has particular significance for the health and wellbeing of children living in urban settings. In some instances, the program is entirely absent and in other cases, the child can lose access to the programs by moving.

For Inuit children, funding allocations are problematic. Most initiatives are based on a per capita cost analysis. This funding approach fails to recognize the complexity of the access and other issues facing the northern and remote populations. It also disregards the particular needs of small communities. For Inuit children living outside their land claim regions, there is a need for funding and programs with Inuit-specific components. For urban initiatives, it is difficult to track the specific program funding allocation as Inuit are often lumped together with other Aboriginal peoples.

## **PART 6: WHAT MUST BE DONE?**

The Committee recognizes that childhood obesity is a complex and multi-dimensional problem that must be tackled immediately. The two key variables of food intake and physical activity output require simultaneous but separate actions. Each of these variables is, in turn, influenced by the complex interplay among several social, economic and environmental factors that must be taken into account.

Decisive action with a federal commitment of adequate resources is needed now to counter this growing problem affecting Canada's children. However, the Committee acknowledges that there is no single intervention or magic bullet that can effect change. As such, it understands that a comprehensive and multi-sectoral approach for all Canadian children is essential. It is also aware that there are groups of children within Canada that require very specific actions in recognition of their diverse circumstances, most particularly First Nations and Inuit children.

Foremost, the Committee is aware of the jurisdictional cross-over on this issue. The federal actions that it recommends respect provincial and territorial responsibilities and insist on federal/provincial/territorial collaboration. All governments — federal, provincial and territorial — must work with children and parents, schools, health communities, neighbourhoods and businesses to stem the rising rates of overweight and obesity.

However, the Committee wants action now in areas that fall under federal jurisdiction and nowhere is the need for a comprehensive, coordinated and collaborative approach more evident than within the federal sphere of direct responsibility for First

Nations and Inuit. The two key departments — Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada — run separate and apparently unconnected programs related to the health of children. Other departments and agencies have sparse key initiatives. The Canadian Institutes of Health Research, Heritage Canada, Infrastructure Canada and others provide funds within the scope of their mandates, without structure and regular horizontal consultation.

To tackle the issue of childhood obesity on both fronts — either in direct federal areas of responsibility or through federal/provincial/territorial collaboration — the Committee believes it is essential to establish health targets. Setting targets and identifying specific health indicators will help monitor progress achieved. The Committee also supports the view of numerous witnesses that federal action requires a positive dual focus on healthy weights for children through the promotion of both healthy food choices and quality physical activity, rather than a single negative focus on childhood obesity. All provinces and territories have already adopted physical activity targets and many jurisdictions also have targets on healthy eating and healthy weights. The federal government should align its health targets accordingly so as to generate further synergy and accelerate change.

The Committee also realizes that, to produce sustainable long-term change, the federal government cannot act alone. This is why it strongly believes that it is necessary to engage all Canadians in a collaborative and coordinated effort to reduce childhood overweight and obesity. First and foremost, it wants the federal government to consult with children. When federal departments and agencies take on the necessary efforts to promote healthy weights for children, they have a duty to connect with and to listen to the children who will be directly affected by these initiatives. Families also play a key role in the battle against childhood obesity and the federal government must be conscious of ways that it can assist them in setting goals related to food and physical activity choices that can reinforce and sustain change for children. Overall, the Committee sees vast opportunities for partnerships that involve individuals, schools, communities, businesses, non-governmental organizations as well as municipal, provincial and territorial governments.

## **A. Set Specific Measurable Targets**

Several witnesses noted the importance of establishing targets when tackling childhood obesity. Some pointed to the *Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy* that was approved by federal, provincial and territorial governments in October 2005 with proposed targets to help support Canadians in achieving healthy weights through physical activity and healthy eating. Witnesses from the United Kingdom talked about the specific target developed in 2004 “to halt the increase in obesity among children under the age of 11 by 2010.” This target was established in response to the rapid rise in childhood obesity from 9.6% in 1995 to 13.7% in 2003.

According to one witness, the UK is trying to tackle childhood obesity “on a number of layers” with supporting action plans on diet and on physical activity. This has resulted in the development of supporting objectives or goals with timelines. Thus, the objective of increasing the consumption of fruits and vegetables to at least five portions per day

resulted by 2005 in the provision of a fresh fruit or vegetable to children every school day. On physical activity, the objective was to give every child, from the age of 5 to 16 years, two hours of quality physical activity or sport every week and by 2006, the 75% target was passed.

The Committee feels strongly that Canada needs some specific and measurable targets to propel the move toward healthy weights among an increased number of children. While only 3% of children and adolescents aged 2 to 17 years were considered obese in 1978, by 2004 this rate had increased to 8%. When overweight rates are combined with those for obesity, the combined overweight/obesity rate changed from 15% in 1978 to 26% in 2004.

The Committee sees the years leading up to the 2010 Winter Olympics to be hosted in Vancouver as an opportune time for halting childhood obesity. It also wants a longer term health target that reduces the prevalence of childhood obesity by 2020. Further recommendations address some key actions needed by the federal government to ensure the achievement of these goals, specifically immediate measures to halt obesity among First Nations and Inuit under federal jurisdiction and a progress report on all targets to Parliament. The *Public Health Agency of Canada Act* states that the Chief Public Health Officer may prepare and publish a report on any issue relating to public health and the Committee sees this as one possible avenue for annual reporting to Parliament. The Committee therefore recommends that:

## **RECOMMENDATION 1**

### **The federal government:**

- **Establish targets to achieve healthy weights for children through physical activity and healthy food choices including:**
  - **A halt to the rise in childhood obesity by 2010,**
  - **A reduction in the rate of childhood obesity from 8% to at least 6% by 2020;**
- **Implement, in collaboration with First Nations and Inuit, immediate measures to halt obesity among First Nations and Inuit children; and,**
- **Report annually to Parliament on overall efforts to attain healthy weights for children and on the results achieved.**

## **B. Implement a Comprehensive Public Awareness Campaign**

Witnesses emphasized the need for a comprehensive, multidimensional campaign to increase public awareness. They stressed the importance of addressing both physical activity and healthy food choices in the pursuit of healthy weights for children. They introduced various components of such a campaign and proposed some target audiences. Several witnesses identified the challenge of reaching children with messages that counter the extensive advertising of food and video games. Others felt that the adults in close contact with children, including parents, physicians, and teachers were most in need of targeted messages. Most important, witnesses pointed out that there are diverse ethno-cultural communities requiring appropriate and multi-lingual messages.

Witnesses underscored the need to have a clear message and to avoid confusion with multiple messaging. Several wanted to ensure that a campaign did not demonize food or stigmatize children who were already overweight or obese. Some felt that food and physical activity needed separate and clearly differentiated campaigns. Others felt that an emphasis on the balance between calories in (food) and calories out (physical activity) could be a primary focus of the campaign.

The Committee is aware of recent short-term campaigns undertaken by the federal government to promote physical activity and healthy eating. The print-based campaign called Encouraging Physical Activity for Children/Promoting the Children's Fitness Tax Credit and the television advertising campaigns called Healthy Eating are directed at parents. They are part of a healthy Canadians initiative shared by Health Canada and the Public Health Agency of Canada. The Committee also acknowledges the two-year federal contribution to support renewal of ParticipACTION, a charitable not-for-profit organization that promoted physical fitness and activity from the 1970s to the end of the 1990s. The Committee supports these efforts and calls for an expanded longer-term multi-media, culturally diverse public awareness campaign that involves schools, health professionals, community planners, and others responsible for supporting healthy weights among children. Therefore, the Committee recommends that:

### **RECOMMENDATION 2**

#### **The federal government:**

- **Establish a comprehensive public awareness campaign on healthy weights for children;**
- **Promote both quality physical activity and healthy food choices as key elements of the campaign;**
- **Employ all available media in all regions of the country;**
- **Develop and disseminate clear, easy to use, multi-lingual, culturally diverse educational tools for parents, children,**

teachers, health professionals, community planners, etc.; and,

- Collaborate with provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.

### **C. Implement Mandatory Front of Package Labelling**

The Committee heard from Health Canada, which has the responsibility and authority to establish food labelling requirements through the *Food and Drugs Act*, and from the Canadian Food Inspection Agency, which has the enforcement responsibility. Regulations for the mandatory nutrition labelling on most pre-packaged foods in the form of a “Nutrition Facts Table” have been in force for larger companies since 12 December 2005. The new regulations require that labels indicate the number of calories per serving as well as the content of 13 nutrients.

The Committee was told that, although these tables provide useful information and are easier to interpret than their voluntary predecessor, labels may still be too complicated and require too much time to decipher. Many witnesses stressed that, in addition, there should be a more simplified labelling scheme. Examples included the traffic light approach used in the United Kingdom and the Health Check<sup>TM</sup> developed by the Heart and Stroke Foundation of Canada. It was suggested that a simple front of package approach allows parents and children to make better food choices.

The proliferation of unregulated, front of package logos, based on different criteria and delivering different information, has led to confusion and mistrust among consumers. Although most witnesses were supportive of a simplified labelling scheme, the Committee also heard that it was important that any new requirements not affect the price of foods. However, it feels that the simplified labelling can build on the information already calculated for the Nutrition Facts Table and, as such, should not substantively add to the product cost.

The Committee insists that a clear and simple approach to labelling be instituted by the federal government as soon as possible and recommends that:

### **RECOMMENDATION 3**

**The federal government:**

- Implement a mandatory, standardized, simple, front of package labelling requirement on pre-packaged foods for easy identification of nutritional value;
- Apply a phased-in approach starting with foods advertised primarily to children; and,

- **Promote the new labelling requirement to parents through an aggressive media campaign.**

#### **D. Limit *Trans* Fats**

Some witnesses proposed that industrially produced *trans* fats should be eliminated. While small amounts of natural *trans* fats can be found in some animal products, *trans* fats are industrially produced when unsaturated fats like vegetable oils are processed in such a way that the structure of the unsaturated fat is transformed to resemble that of a saturated fat. The majority of *trans* fats are consumed as shortening and margarine, or in foods that are baked or fried using these substances, such as cakes, cookies, bread, potato chips and commercial french fries. It is well established that saturated fats are linked to heart disease by elevating blood levels of “bad” cholesterol. However, *trans* fats have been shown to have an even more profound effect, as much as six-fold, by elevating “bad” cholesterol while also lowering “good” cholesterol.

A multi-stakeholder Trans Fat Task Force was created in early 2005 with a mandate to develop recommendations and strategies to eliminate or reduce processed *trans* fats in Canadian foods to the lowest level possible. Its final report, issued in June 2006, recommended a regulated approach to achieve this goal. The report included a recommendation that the *trans* fat content of foods purchased by a retail or food service establishment be limited to a maximum of 5% of the total fat by regulation. They further recommended that regulation be in place by June 2008.

The Committee understands that *trans* fats do not in themselves contribute to the obesity problem; however they want to emphasize that these fats substantially aggravate the health implications of overweight. Although it heard that *trans* fat consumption has gone down since labelling became mandatory on the Nutrition Facts Table, it wants to encourage all Canadians, but especially children, to continue to reduce their overall fat intake, including saturated, unsaturated and *trans*, and sees an imperative to eliminate *trans* fats which have been labelled as having no safe level for consumption.

To address the *trans* fats concerns, the Committee recommends that:

#### **RECOMMENDATION 4**

**The federal government:**

- **Establish regulations by 2008 that limit *trans* fat content in food as recommended by the Trans Fat Task Force, while not increasing saturated fat content.**

## **E. Collect Data for Targets**

Witnesses referred to the need to base targets and initiatives on reliable and consistent data, both quantitative and qualitative. They noted that the 2004 Canadian Community Health Survey carried out by Statistics Canada was the first to actually measure height and weight of children as opposed to self-reporting or reporting by parents. This same survey was also the first one in 35 years to ask for detailed nutrition information on the consumption of foods and beverages. While physical activity measures for children were also included in the 2004 Canadian Community Health Survey, the Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute in 2000 and 2005 collected data on children through its Physical Activity Monitor survey. For First Nations children, the 2002-2003 First Nations Regional Longitudinal Health Survey collected data on heights and weights as reported by family members in 238 communities across Canada. Overall, this sample covered about 6% of the national population of First Nations children under 11 years of age and about 10% of First Nations adolescents aged 12 to 17 years.

With respect to childhood obesity, witnesses noted that substantial pieces of the data picture are missing. Not only is the data on obesity prevalence limited, but there is a need for longitudinal information on various measures of food intake and physical activity. Without a complete and accurate picture of the current situation, it is difficult to set precise, numerical targets and to determine the level of resources required to improve the situation. Although there is no specific identifiable healthy weight that applies to all children at any given age or height, data provides the ability to establish a baseline so that trends in childhood obesity can be tracked over time.

Witnesses stressed the importance of obtaining and analyzing Aboriginal-specific data on children. In particular, there is little data for Inuit children. Also, witnesses questioned the accuracy of various accepted national indicators such as the body mass index and the waist-to-hip ratio as relevant to Aboriginal children. In addition, they stressed that no coherent national picture exists for the Inuit population. For example, it was pointed out that the National Diabetes Surveillance System collects data on diabetes rates for Inuit in the Northwest Territories and in Nunavut; Santé Quebec collects the data in Nunavik and in Labrador Nunatsiavut, nothing is collected.

Witnesses emphasized that data need to be collected and monitored on an ongoing basis, to be analyzed systematically and to be regularly evaluated in order to assess progress and allow for adjustments as appropriate. They called for regular national surveys to support understanding of the relationships between obesity and the needs of specific populations in terms of age, sex, ethnicity, location, socio-economic circumstance, etc.

The Committee feels strongly that there is a need for a national picture on childhood obesity. It wants the federal government to work in collaboration with provincial and territorial governments in collecting compatible and consistent data. The Committee recommends that:

## **RECOMMENDATION 5**

### **The federal government:**

- **Collect data on a regular and continuous basis on healthy weights for children;**
- **Make data available on both physical activity levels and food choices;**
- **Provide data from a variety of biometric measurements, including body mass index, waist-to-hip ratio and abdominal circumference;**
- **Include data on diverse ethno-cultural and socio-economic groups, specifically including Inuit; and,**
- **Collaborate with provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.**

### **F. Collaborate on Knowledge Exchange**

Witnesses provided information about multiple initiatives related to childhood obesity, some that have produced results, some that require adjustments, and some that are at very early stages of development. These included provincial and municipal efforts to ban junk food in schools and promote more physical activity everywhere. Community initiatives that encourage children to get out and play in an unstructured way were seen as a way of counteracting over-organized and over-structured schedules that may contribute to obesity. Organizations involved in measuring activity levels of Canadian children emphasized how these vary depending on age, gender, neighbourhood, etc. and noted that less than half of children actually enjoy the physical education that is offered by their school. Regardless of the initiative or approach, witnesses emphasized the need to evaluate effectiveness and, perhaps more importantly, disseminate the results of these evaluations.

The Committee is particularly mindful of the jurisdictional restrictions with respect to education initiatives, nutrition and physical activity programs as well as the built municipal environment. It feels however that even in those areas where the federal government has a role, such as with federal clients, there should be a mechanism available for all jurisdictions, whether provincial, territorial, municipal, community or school, to share information on specific initiatives. These include not only established best practices and promising practices, but also those programs which may not have brought the expected results. This information exchange could help accelerate program uptake across the country.

The Committee identified several key elements for success on physical activity and food interventions: the views of children are central; actions are multi-dimensional; parents are involved; the environments surrounding children (e.g., home, classroom, school, community) are changed. Moreover, the Committee recognizes the value of having an accessible, easy to maintain and up-to-date repository of information about best practices and lessons learned with respect to healthy weight initiatives. Enhanced knowledge transfer will help identify the most effective interventions and will provide direction in adjusting ongoing programs so that they will contribute to established targets. The Committee recommends that:

## **RECOMMENDATION 6**

### **The federal government:**

- **Create a mechanism for knowledge exchange on healthy weights for children that:**
  - **Includes a focus on both physical activity and food choices;**
  - **Disseminates ongoing and published research, results of evaluations, best practices, promising practices, unsuccessful practices, etc.,**
  - **Collects and makes information available in diverse languages, reflective of multiple ethno-cultural demographic communities, including First Nations, Inuit and Métis; and,**
- **Collaborate with provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.**

### **G. Increase Multi-Dimensional Research Capacity**

The federal government currently funds childhood obesity related research primarily through the Canadian Institutes of Health Research. CIHR has a focus on diabetes and other related diseases, but it is unclear how much of its federally-funded research focuses on prevention and on the various broad determinants affecting food intake and physical activity level. In order to provide a more proportionate number of projects oriented to the cultural, behavioural, economic and non-medical aspects of childhood obesity, other federal granting councils such as the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) could also be engaged in developing new approaches. Broader areas of inquiry must include work around poverty, culture, identity, self-esteem, etc. In addition, while these federal granting councils are the pre-eminent resource for most university researchers, the Committee feels that the departments and agencies responsible for federal action must develop their own research agendas for assessing and supporting

various policy initiatives. For example, Statistics Canada has a key role in data collection and assessment, while Human Resources and Social Development Canada examines the relevant issues such as the impact of poverty on families. Similarly, Infrastructure Canada has the ability to study the effect of land use on access to food and physical activities facilities.

One of the major gaps in obesity research concerns Aboriginal children. First Nations, Inuit and Métis children are rarely the focus of health research and knowledge of rates of obesity in children is restricted to a few intensively studied communities. For these populations, the research cannot be restricted to documenting dietary intake and activity levels of children, but must include information about community factors contributing to obesity. Understanding, measuring and altering the broad physical, social, economic environment is critical to effective reduction of the rates of obesity. Focused work is needed by existing federal research mechanisms such as the CIHR Institute of Aboriginal Peoples' Health and the National Collaborating Centre for Aboriginal Health established by the Public Health Agency of Canada.

The Committee is very aware of how the environments surrounding children affect the maintenance of healthy weights. Members understand that children encounter social, economic, physical, and other barriers that undermine and inhibit the ability to access quality physical activity and healthy foods. Members know that any targets for halting or reducing obesity can only be achieved if there are interventions in place that have a proven effectiveness. They agree that increased research capacity is needed to understand the key determinants that support healthy weights in children and to assess how to direct resources such that movement toward established targets is maintained. The Committee recommends that:

## **RECOMMENDATION 7**

### **The federal government:**

- **Build research capacity across the broad range of health determinants related to healthy weights for children;**
- **Ensure a research focus on both quality physical activity and healthy food choices;**
- **Include, but not limit research efforts to, federal departments and agencies such as the Canadian Institutes of Health Research, Social Sciences and Humanities Research Council, Statistics Canada, Health Canada, Public Health Agency of Canada, Indian and Northern Affairs Canada; and,**
- **Develop individual research components on the determinants of health for First Nations, Inuit, and Métis children.**

## **H. Develop A Coordinating Mechanism**

Many witnesses pointed out that it is difficult to organize a comprehensive federal effort across the multiple federal departments and agencies that have important roles with respect to childhood obesity. In addition to Health Canada, the Public Health Agency of Canada and the Canadian Institutes of Health Research, the Committee heard from Finance Canada, Indian and Northern Affairs Canada, Sport Canada, Heritage Canada, Infrastructure Canada, the Canadian Food Inspection Agency, the Canadian Radio-television and Telecommunications Commission and Statistics Canada. As well, other departments such as Agriculture Canada and Human Resources and Social Development Canada have relevant mandates.

Witnesses noted the complicated nature of federal government organization and called for efforts to reduce the silos created by federal government structures. They wanted less fragmentation and greater communication that would facilitate a more holistic approach among public health, tax policy, education, social benefits, food policy, sport endeavours and others.

For First Nations and Inuit children, the situation is even more complicated. The two key departments — Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada — that oversee relevant programs distinguish among those children and families that live on First Nations reserves, those that live off-reserve, and those that live in Inuit land claims areas. Thus, when parents and other responsible adults in the registered Indian and recognized Inuit population move away into larger urban settings, children lose access to most of the programs offered on reserves and in land claim areas.

Several United Kingdom witnesses noted that the target to halt childhood obesity in their country by 2010 involves a joint collaboration among three departments (Health; Culture, Media and Sport; and Education and Skills) with each collaborator taking responsibility for different aspects. They also emphasized the need for consensus and engagement by multiple actors and pointed out that efforts to achieve the target involve partnerships with other government departments and agencies as well as local authorities, businesses and charitable organizations. As well, because the UK target is linked to specific resources, clarity about and coordination of the respective roles is important to ensure that resources are directed to the most effective and appropriate interventions and to those children most at risk.

Drawing from the UK experience and recognizing the need for a coordinating mechanism at the federal level, the Committee recommends that:

## RECOMMENDATION 8

### The federal government:

- Identify immediately a lead department or agency for federal interdepartmental action on healthy weights for children;
- Include but not limit action to the following departments: Health Canada, Public Health Agency of Canada, Canadian Institutes of Health Research, Finance Canada, Indian and Northern Affairs Canada, Sport Canada, Heritage Canada, Infrastructure Canada, Human Resources and Social Development Canada, the Canadian Food Inspection Agency, the Canadian Radio-television and Telecommunications Commission and Statistics Canada;
- Ensure that action encompasses a healthy eating and a physical activity focus; and,
- Establish an ongoing mechanism for consultation with First Nations, Inuit and other national Aboriginal organizations.

### I. Control Children's Food Advertising

Currently, all advertising for foods and beverages in Canada, except in Quebec where advertising to children is not permitted, is subject to industry self-regulation through a set of voluntary guidelines called the Broadcast Code for Advertising to Children. The purpose of this code is to "serve as a guide to advertisers and agencies in preparing commercial messages which adequately recognize the special characteristics of the children's audience." Broadcasters in Canada (excluding Quebec) have agreed to adhere to these guidelines as a condition of license by the Canadian Radio-television and Telecommunications Commission (CRTC) that, through the *Canadian Radio-television and Telecommunications Act*, can regulate the broadcasting industry. Advertising to children is also covered by the general Canadian Code of Advertising Standards, which provides that "advertising that is directed to children must not exploit their credulity, lack of experience or their sense of loyalty, and must not present information or illustrations that might result in their physical, emotional or moral harm." Advertising Standards Canada, an industry body, administers these two codes.

Numerous witnesses suggested that the Broadcast Code for Advertising to Children and the Canadian Code of Advertising Standards should be strengthened and that the advertising of high-calorie, low-nutrient foods and beverages to children should be discouraged as a means to combat childhood obesity. They stated that the lower

prevalence of childhood overweight/obesity in Quebec might in part be explained by the prohibition in place in the province. In contrast, others contended that there is no correlation between the prohibition of advertising and childhood obesity, pointing out that childhood obesity in Quebec grew in the past 25 years despite the prohibition. They felt that the current system of self-regulation was sufficient. They also explained that the CRTC has no jurisdiction over the content of food advertising originating from stations outside of Canada. In addition, foreign services carried by cable companies do not have to follow Canada's codes and regulations. Moreover, they stressed that there is currently no specific legislation or regulations to deal with food advertising on the Internet despite the fact that numerous interactive online games appealing to children are centred on brands and products or brand-related characters.

The Committee was told that the advertising of foods and beverages to children has also been an area of concern in the United Kingdom. After intensive research and literature review, the UK Office of Communications concluded that television advertising has a modest direct effect on children's food and beverage preferences, consumption and behaviour, but that a total ban on food and beverage advertising would be ineffective and disproportionate given the other factors influencing children's eating habits. It therefore decided to implement a total ban on the advertising of selected food and beverage products, namely those that are high in fat, sugar and salt (HFSS). The ban, which is to be phased in over a two-year period, applies "in all and around all programmes of particular appeal to children under the age of 16, broadcast at any time of the day or night on any channel". The Committee was told that advertising restrictions targeting HFSS products would help shift the balance toward the advertising of healthier foods and beverages. The UK Food and Standards Agency — the equivalent to Health Canada's Food Directorate — had responsibility for developing a nutrition scoring scheme to identify those HFSS products. Food and beverage products that are below the benchmark can be advertised, while those above that benchmark are less healthy and thus cannot be advertised.

The Committee heard that food advertising to children through the Internet is also an issue of concern in the United Kingdom. However, like the CRTC, the UK Office of Communications has no role in respect of Internet advertising.

During the Committee hearings, witnesses also insisted on media literacy. They explained that it is not always possible to control what children are exposed to beyond Canada and beyond children's programming, or through the Internet. They noted, however, that there are measures to help them understand how the media may influence their behaviour in the areas of nutrition and physical activity.

The Committee shares the concerns about the potential association between food advertising to children and increased childhood overweight and obesity. It feels that a review is required on the effectiveness of the current self-regulation of such advertising as well as the prohibition in place in some jurisdictions. Such a review should indicate whether or how the two voluntary codes should be strengthened. The Committee is also concerned about the impact on children of food advertising on the Internet and believes the potential for regulation in this area must be examined. The Committee therefore recommends that:

## RECOMMENDATION 9

### **The federal government:**

- **Assess the effectiveness of self-regulation as well as the effectiveness of prohibition in the province of Quebec, in Sweden and in other jurisdictions;**
- **Report on the outcomes of these reviews within one year;**
- **Explore methods of regulating advertising to children on the Internet; and,**
- **Collaborate with the media industry, consumer organizations, academics and other stakeholders as appropriate.**

### **J. Increase Healthy Food Choices**

Rather than focusing on economic disincentives (such as “fat taxes”) to discourage the consumption of unhealthy foods, some witnesses suggested the subsidization of healthy food items in order to encourage the consumption of, for example, fresh fruits and vegetables. In their view, such subsidies have the potential to benefit all consumers and could provide the greatest benefits to low income families. Research suggests that this so-called “thin subsidy” can increase the consumption of healthy foods which in turn prevent illness and reduce the burden of disease. While such subsidies involve spending by government, over time they may also result in lower public expenditure on health care.

The federal Food Mail Program, which pays part of the cost of transporting nutritious perishable foods to isolated northern communities, is one example of a healthy food subsidy. The Committee was impressed to learn that the purchase of healthy foods increased when the federal freight subsidy under the program was augmented through pilot projects involving three northern Aboriginal communities. It believes that the program should be evaluated, given its potential for improving food choices. Other measures that could promote healthy food choices and healthy weights for First Nations and Inuit children should also be examined to determine their effectiveness. These include initiatives to build capacity for local food production, harvesting and processing such as northern community-wide gardening, hunting, fishing and gathering combined with collective food preservation. Projects could also identify and apply greenhouse and other innovative technology to grow fruits and vegetables. With a view to increasing the availability of healthy foods to First Nations, Inuit and other people in isolated and remote areas, the Committee recommends that:

## RECOMMENDATION 10

### **The federal government:**

- **Evaluate, with First Nations and Inuit, methods to provide their remote communities with access to nutritious food at a reasonable cost, including the Food Mail Program, the use of traditional foods, and various self-sustaining initiatives.**

### **K. Evaluate the Impact of Tax Credits**

As with any new tax measure, the effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit is currently open to debate and witnesses contributed to this discussion. Some of them expressed reservations pointing out that some families would have difficulty spending \$500 upfront per child in order to get the tax credit at the end of the taxation year, while others in low income families that do not pay taxes simply would not qualify for the tax credit. Thus, they argued that the tax credit could potentially widen the differential that currently exists between low income families and families of higher socio-economic status. Others suggested that the tax credit be transformed into a refundable tax credit, like the GST rebate, in order to ensure its availability to a larger number of families.

Still, other witnesses welcomed the Children's Fitness Tax Credit, contending that it is not designed to address the full complexity of childhood obesity issues but can nonetheless be an important catalyst in helping children to be more active and healthy. They also recommended that the tax credit be coupled with an evaluation component to assess its effectiveness in increasing the number of children and adolescents enrolling in sports and physical activity.

The Committee concurs with witnesses that the Children's Fitness Tax Credit is one positive step in promoting healthy weights among children. It also acknowledges the importance of undertaking an evaluation of the tax credit, once sufficient taxation data are available to assess adequately its impact and effectiveness. Research is particularly underdeveloped in this area and more information would help identify what works and for whom.

As part of its ongoing evaluation of taxation policy, the Committee recommends that:

## **RECOMMENDATION 11**

### **The federal government:**

- **Establish immediately a reliable baseline with respect to the number of children who enrol in sports and physical activity;**
- **Report on the uptake of the Children's Tax Credit within two years; and,**
- **Evaluate the effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit and report within five years.**

### **L. Support Appropriate Food and Physical Activity in Schools**

The recently established Joint Consortium for School Health acts as a means to strengthen cooperation among federal, provincial and territorial departments and agencies along with their partners. Endorsed by education and health ministers, this mechanism aims to create healthy schools through an intersectoral approach to health and social initiatives for school aged children. The healthy school concept considers schools as key to the promotion of healthy living among Canadian children and youth. That is, healthy children are better able to learn, and schools can directly influence children's health.

Multiple witnesses called for mandatory quality daily physical activity and for healthy food policies in schools. They wanted changes to the curriculum to ensure the participation by all children in classes designed to teach food preparation skills, to instill physical activity abilities, and to encourage critical thinking about healthy choices in both areas. They recognized that the jurisdiction for education, with the exception of First Nations schools, falls to provinces and territories. However, they saw a role for the federal government to work with partners to build capacity and develop effective mechanisms to implement such changes.

Indian and Northern Affairs Canada has jurisdiction over the schools of First Nations. However, witnesses pointed out that many schools lack a gymnasium and physical education specialists. They also noted that, when schools develop food policies or programs to promote healthy eating, they must draw on already limited resources. As well, First Nations representatives observed that they have not been full partners in the healthy schools initiative and the pan-Canadian healthy living strategy.

First Nations and Inuit witnesses wanted enhancements to programs related to food and physical activity for school aged children as well as increased investments in early

childhood and preschool nutrition. They recognized that sports and recreation programs can influence both physical activity and eating patterns as well as broader social habits.

The Committee agrees that the federal government should be a leader in ensuring that the First Nations children under its responsibility are provided with the resources and the infrastructure necessary to encourage healthy eating and physical activity. The Committee recognizes that the Joint Consortium for School Health can build the capacity for health, education and other systems to work together and it recommends that:

## **RECOMMENDATION 12**

### **The federal government:**

- **Work to facilitate, in collaboration with the Joint Consortium for School Health, appropriate healthy food and physical activity standards and programs in schools;**
- **Provide appropriate healthy food and physical activity standards and programs in First Nations schools within federal jurisdiction; and,**
- **Collaborate with the provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.**

### **M. Enhance Community Infrastructure**

Witnesses called for improved community infrastructure, which supports the organization of recreational and physical activity programs that can benefit children of all ages, all ability levels, all socio-economic strata and all ethno-cultural groups. Witnesses noted that the vast majority of the existing recreational infrastructure, including community centres, swimming pools and arenas, was built between the 1950s and 1970s. Other elements that are part of the built environment, such as play structures and cycling and walking paths, are more recent additions. As well, urban planning and renewal in the 1970s and 1980s resulted in downtown and suburban communities with few or distant general grocery stores, but with multiple fast food outlets. Municipal governments have limited fiscal capacities to produce the revenue needed to cover these infrastructure deficits.

The federal government through departments, agencies and crown corporations has developed initiatives to support investments in municipal infrastructure that are sustainable from environmental, cultural, social, and economic perspectives. Infrastructure Canada, Transport Canada, and Canada Lands Company are among those working in partnership with cities and communities, while respecting provincial and territorial jurisdiction. Gas tax agreements with the provinces and territories include municipalities or municipal associations as signatories for the sharing of revenues from the federal excise tax on gasoline for the purpose of investing in municipal infrastructure. The agreements

stipulate that a municipality must develop an integrated community sustainability plan for urban development and land use planning that relates to urban densification, transportation, green space, and community services. As well, some sport and recreational infrastructure has received funding through the Canada Strategic Infrastructure Fund, in particular, large-scale facilities for major amateur sport and athletic events, and through the Municipal Rural Infrastructure Fund, which is primarily designed to meet the needs of smaller Canadian communities.

The Committee heard that sport and community activity infrastructure programs fall to the bottom of the municipal list; below, for example, sewer and bridge repair. Witnesses called for a dedicated federal allocation to increase physical activity at the municipal levels, similar to the 10% of infrastructure funding currently designated by the U.S. federal government. They urged the federal government to broaden the definition of infrastructure under the gas tax transfer to include social infrastructure such as parks, recreation centres and community centres. Witnesses also stressed the need for federal actions that would enable municipalities to address those issues that link the built environment with healthy food and physical activity. They called for support of municipal planning that ensures a balance of general food outlets with varied and low priced foods with fast food outlets.

Committee members agree that community infrastructure and the built environment play a major role in encouraging children to get involved in physical activity and in supporting children and parents' access to healthy foods. They heard that easy access is crucial; that decisions and choices about food and physical activity have to be a short step away. They envision multiple options for physical activity that involve infrastructure for walking paths, bicycle routes and green spaces close to houses. They also see opportunities to create community infrastructure that supports diverse commercial food outlets that provide multiple healthy food choices as well as community gardens and community kitchens. They want to empower communities to authorize and sanction certain planning strategies and they see a shared role among the federal, provincial, and other levels of government as well as non-governmental organizations. Therefore, the Committee recommends that:

## **RECOMMENDATION 13**

### **The federal government:**

- **Provide new and dedicated infrastructure funding to facilitate access to varied options for children with respect to quality physical activity and healthy food choices; and,**
- **Collaborate with the provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.**



# **LIST OF RECOMMENDATIONS**

---

## **RECOMMENDATION 1**

**The federal government:**

- **Establish targets to achieve healthy weights for children through physical activity and healthy food choices including:**
  - **A halt to the rise in childhood obesity by 2010,**
  - **A reduction in the rate of childhood obesity from 8% to at least 6% by 2020;**
- **Implement, in collaboration with First Nations and Inuit, immediate measures to halt obesity among First Nations and Inuit children; and,**
- **Report annually to Parliament on overall efforts to attain healthy weights for children and on the results achieved.**

## **RECOMMENDATION 2**

**The federal government:**

- **Establish a comprehensive public awareness campaign on healthy weights for children;**
- **Promote both quality physical activity and healthy food choices as key elements of the campaign;**
- **Employ all available media in all regions of the country;**
- **Develop and disseminate clear, easy to use, multi-lingual, culturally diverse educational tools for parents, children, teachers, health professionals, community planners, etc.; and,**
- **Collaborate with provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.**

### RECOMMENDATION 3

The federal government:

- Implement a mandatory, standardized, simple, front of package labelling requirement on pre-packaged foods for easy identification of nutritional value;
- Apply a phased-in approach starting with foods advertised primarily to children; and,
- Promote the new labelling requirement to parents through an aggressive media campaign.

### RECOMMENDATION 4

The federal government:

- Establish regulations by 2008 that limit *trans* fat content in food as recommended by the Trans Fat Task Force, while not increasing saturated fat content.

### RECOMMENDATION 5

The federal government:

- Collect data on a regular and continuous basis on healthy weights for children;
- Make data available on both physical activity levels and food choices;
- Provide data from a variety of biometric measurements, including body mass index, waist-to-hip ratio and abdominal circumference;
- Include data on diverse ethno-cultural and socio-economic groups, specifically including Inuit; and,
- Collaborate with provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.

## RECOMMENDATION 6

The federal government:

- Create a mechanism for knowledge exchange on healthy weights for children that:
  - Includes a focus on both physical activity and food choices;
  - Disseminates ongoing and published research, results of evaluations, best practices, promising practices, unsuccessful practices, etc.,
  - Collects and makes information available in diverse languages, reflective of multiple ethno-cultural demographic communities, including First Nations, Inuit and Métis; and,
- Collaborate with provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.

## RECOMMENDATION 7

The federal government:

- Build research capacity across the broad range of health determinants related to healthy weights for children;
- Ensure a research focus on both quality physical activity and healthy food choices;
- Include, but do not limit research efforts to, federal departments and agencies such as the Canadian Institutes of Health Research, Social Sciences and Humanities Research Council, Statistics Canada, Health Canada, Public Health Agency of Canada, Indian and Northern Affairs Canada; and,
- Develop individual research components on the determinants of health for First Nations, Inuit, and Métis children.

## **RECOMMENDATION 8**

**The federal government:**

- **Identify immediately a lead department or agency for federal interdepartmental action on healthy weights for children;**
- **Include but do not limit action to the following departments: Health Canada, Public Health Agency of Canada, Canadian Institutes of Health Research, Finance Canada, Indian and Northern Affairs Canada, Sport Canada, Heritage Canada, Infrastructure Canada, Human Resources and Social Development Canada, the Canadian Food Inspection Agency, the Canadian Radio-television and Telecommunications Commission and Statistics Canada;**
- **Ensure that action encompasses a healthy eating and a physical activity focus; and,**
- **Establish an ongoing mechanism for consultation with First Nations, Inuit and other national Aboriginal organizations.**

## **RECOMMENDATION 9**

**The federal government:**

- **Assess the effectiveness of self-regulation as well as the effectiveness of prohibition in the province of Quebec, in Sweden and in other jurisdictions;**
- **Report on the outcomes of these reviews within one year;**
- **Explore methods of regulating advertising to children on the Internet; and,**
- **Collaborate with the media industry, consumer organizations, academics and other stakeholders as appropriate.**

## RECOMMENDATION 10

The federal government:

- Evaluate, with First Nations and Inuit, methods to provide their remote communities with access to nutritious food at a reasonable cost, including the Food Mail Program, the use of traditional foods, and various self-sustaining initiatives.

## RECOMMENDATION 11

The federal government

- Establish immediately a reliable baseline with respect to the number of children who enrol in sports and physical activity;
- Report on the uptake of the Children's Tax Credit within two years; and,
- Evaluate the effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit and report within five years.

## RECOMMENDATION 12

The federal government:

- Work to facilitate, in collaboration with the Joint Consortium for School Health, appropriate healthy food and physical activity standards and programs in schools;
- Provide appropriate healthy food and physical activity standards and programs in First Nations schools within federal jurisdiction; and,
- Collaborate with the provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.

## **RECOMMENDATION 13**

**The federal government:**

- **Provide new and dedicated infrastructure funding to facilitate access to varied options for children with respect to quality physical activity and healthy food choices; and,**
- **Collaborate with the provincial and territorial partners, national Aboriginal organizations and other stakeholders as appropriate.**

## APPENDIX A

### LIST OF WITNESSES

Organizations and Individuals	Date	Meeting
<b>Canadian Council of Food and Nutrition</b> Francy Pillo-Blocka, President and Chief Executive Officer	2006/06/15	10
<b>Canadian Institutes of Health Research</b> Diane T. Finegood, Scientific Director, Institute of Nutrition, Metabolism and Diabetes		
<b>Heart and Stroke Foundation of Canada</b> Sally Brown, Chief Executive Officer Stephen Samis, Director, Health Policy		
<b>Queen's University</b> Peter Katzmarzyk, Associate Professor, School of Physical and Health Education and Department of Community Health and Epidemiology		
<b>Statistics Canada</b> Margot Shields, Senior Analyst, Health Statistics Division		
<b>Canadian Food Inspection Agency</b> Debra Bryanton, Executive Director, Food Safety	2006/09/21	14
<b>Canadian Institutes of Health Research</b> Diane T. Finegood, Scientific Director, Institute of Nutrition, Metabolism and Diabetes		
<b>Department of Health</b> Janet Beauvais, Director General, Health Products and Food Branch, Food Directorate Mary Bush, Director General, Office of Nutrition Policy and Promotion, Health Products and Food Branch Kathy Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch		
<b>Public Health Agency of Canada</b> Gregory Taylor, Acting Director General, Centre For Chronic Disease Prevention and Control		
<b>Active Healthy Kids Canada</b> Mark Tremblay, Chairman of the Board	2006/09/26	16

Organizations and Individuals	Date	Meeting
<b>Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute</b> Cora Craig, President and Chief Executive Officer	2006/09/26	16
<b>Queen's University</b> Ian Janssen, Assistant Professor, School of Kinesiology and Health Studies, and Department of Community Health and Epidemiology		
<b>Bariatric Medical Institute</b> Yoni Freedhoff, Medical Director	2006/09/28	17
<b>Canadian Restaurant and Foodservices Association</b> Jill Holroyd, Vice-President, Research and Communications Joyce Reynolds, Senior Vice-President, Government Affairs		
<b>Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment</b> Harriet Kuhnlein, Founding Director		
<b>Food and Consumer Products of Canada</b> Phyllis Tanaka, Director, Food and Nutrition Policy		
<b>McMaster Children's Hospital</b> Linda Gillis, Registered Dietitian, Children's Exercise and Nutrition Centre Hamilton Health Sciences		
<b>Refreshments Canada</b> Calla Farn, Director of Public Affairs		
<b>Assembly of First Nations</b> Valerie Gideon, Senior Director, Health and Social Secretariat Katherine Whitecloud, Regional Chief	2006/10/03	18
<b>Department of Health</b> Kathy Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch		
<b>Indian and Northern Affairs Canada</b> Robert Eyahpaise, Director, Social Services and Justice, Social Policy and Programs Branch Fred Hill, Manager, Northern Food Security, Northern Affairs Program		

<b>Organizations and Individuals</b>	<b>Date</b>	<b>Meeting</b>
<b>Inuit Tapiriit Kanatami</b> Kristy Sheppard, Representative of the National Inuit Committee on Health	2006/10/03	18
<b>Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project</b> Margaret Cargo, Researcher, Psychosocial Research Division, Douglas Hospital Research Centre Treena Delormier, Member, Community Advisory Board Sheila Wari Whitebean, Manager and Intervention Coordinator		
<b>National Aboriginal Health Organization</b> Mark Buell, Manager, Policy and Communications Carole Lafontaine, Acting Chief Executive Officer		
<b>University of Alberta</b> Noreen Willows, Assistant Professor, Department of Agricultural, Food and Nutritional Science		
<b>Centre for Science in the Public Interest</b> Bill Jeffery, National Coordinator	2006/10/05	19
<b>Department of Finance</b> Alex Lessard, Tax Policy Officer, Sales Tax Division, Tax Policy Branch Katherine Rechico, Special Advisor, Personal Income Tax Division, Tax Policy Branch Geoff Trueman, Chief, Sales Tax Division, Air Travelers Security Charge, Tax Policy Branch		
<b>Nova Scotia Agricultural College</b> J. Stephen Clark, Associate Professor of Economics, Department of Business and Social Sciences		
<b>University of Alberta</b> Sean B. Cash, Assistant Professor, Department of Rural Economy		
<b>Aboriginal Sport Circle</b> Rod Jacobs, Manager, Aboriginal Sport Development Stephanie Smith, Interim Executive Director	2006/10/17	20
<b>Department of Canadian Heritage</b> Michael Chong, Minister for Sport		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
<b>Department of Canadian Heritage</b> Jacques Paquette, Associate Deputy Minister, International and Intergovernmental Affairs and Sports Tom Scrimger, Director General, Sport Canada	2006/10/17	20
<b>The Silken Laumann Active Kids Movement</b> Sandra Hamilton, Director of Marketing and Corporate Relations Silken Laumann, President		
<b>Advertising Standards Canada</b> Linda Nagel, President and Chief Executive Officer	2006/10/19	21
<b>Association of Canadian Advertisers</b> Robert Reaume, Vice-President, Policy and Research		
<b>Canadian Medical Association</b> Colin McMillan, President William Tholl, Secretary General and Chief Executive Officer		
<b>Canadian Paediatric Society</b> Marie Adèle Davis, Executive Director Claire LeBlanc, Committee Chair, Healthy Active Living Committee		
<b>Canadian Radio-television and Telecommunications Commission</b> Denis Carmel, Director, Public Affairs Martine Vallee, Director, English Pay, Specialty and Social Policy		
<b>Concerned Children's Advertisers</b> Cathy Loblaw, President		
<b>Media Awareness Network</b> Catherine Thurm, Project Manager, Education		
<b>Department of Health</b> Danielle Brulé, Director, Research, Monitoring and Evaluation, Office of Nutrition Policy and Promotion Mary Bush, Director General, Office of Nutrition Policy and Promotion, Health Products and Food Branch	2006/10/24	22

Organizations and Individuals	Date	Meeting
<b>Department of Health</b> Elaine De Grandpré, Nutritionist, Planning, Dissemination and Outreach, Office of Nutrition Policy and Promotion Lori Doran, Acting Director, Chronic Disease and Injury Prevention, First Nations and Inuit Health Branch Janet Pronk, Acting Director, Policy and Standard Setting, Office of Nutrition Policy and Promotion	2006/10/24	22
<b>KMH Cardiology and Diagnostic Centres</b> Arvi Grover, Cardiologist and Director, International Heart Institute	2006/10/26	23
<b>Simon Fraser University</b> Lisa Oliver, Ph.D. Candidate, Department of Geography		
<b>University of Toronto</b> Valerie Tarasuk, Professor, Department of Nutritional Sciences, Faculty of Medicine		
<b>Canola Council of Canada</b> Barbara Isman, President	2006/11/02	25
<b>Chronic Disease Prevention Alliance of Canada</b> Jean Harvey, Interim Executive Director Stephen Samis, Chair		
<b>Federation of Canadian Municipalities</b> John Burrett, Senior Manager, Social Policy, Policy, Advocacy and Communications Department Gord Steeves, First Vice-President		
<b>University of Alberta</b> Paul Veugelers, Associate Professor, School of Public Health		
<b>University of British Columbia</b> Lawrence Frank, Bombardier Chair in Sustainable Transportation, School of Community and Regional Planning		
<b>Aboriginal Nutrition Network</b> Bernadette deGonzague, Registered Dietitian	2006/11/07	26
<b>Affordable Food Alliance</b> Helen Barry, Retail Store Advisor, Store Development Services		

<b>Organizations and Individuals</b>	<b>Date</b>	<b>Meeting</b>
<b>Affordable Food Alliance</b> Jim Deyell, Director, Public Affairs, Northern Canada Alasdair MacGregor, Retail Store Advisor, Store Development Services	2006/11/07	26
<b>Manitoba First Nations Education Resource Centre</b> Lorne Keeper, Executive Director		
<b>Manitoba Keewatinowi Okimakanak</b> George Neepin, Chief		
<b>National Association of Friendship Centres</b> Peter Dinsdale, Executive Director		
<b>Tungasuvvingat Inuit</b> Ernie Kadloo, Child and Family Programs Facilitator Christine Lund, Diabetes Awareness and Prevention Coordinator Connie Seidule, Program Coordinator, Inuit Family Resource Centre		
<b>Childhood Obesity Foundation of British Columbia</b> Christina Panagiotopoulos, Executive Director	2006/11/09	27
<b>Government of Ontario</b> Colleen Kiel, Senior Consultant, Ministry of Health Promotion Jeffery Pearce, Special Assistant, Minister's Office Jim Watson, Minister of Health Promotion		
<b>Infrastructure Canada</b> Adam Ostry, Director General, Policy Directorate, Cities and Communities Branch		
<b>Institut national de santé publique du Québec</b> Lyne Mongeau, Professional Coordinator		
<b>Northern Health</b> Joanne Bays, Regional Manager		
<b>Canadian Cardiovascular Society</b> Anne Ferguson, Chief Executive Officer	2007/02/12	38
<b>Trans Fat Task Force</b> Sally Brown, Chief Executive Officer, Heart and Stroke Foundation of Canada and Co-Chair of the Task Force		

<b>Organizations and Individuals</b>	<b>Date</b>	<b>Meeting</b>
<b>Trans Fat Task Force</b> Paul Hetherington, President and Chief Executive Officer, Baking Association of Canada and Member of the Task Force Joyce Reynolds, Senior Vice-President, Government Affairs, Canadian Restaurant and Foodservices Association and Member of the Task Force	2007/02/12	38
<b>University of Guelph</b> Alejandro Marangoni, Professor, Department of Food Science		
<b>Action Schools! BC</b> Heather McKay, Principal Investigator, Professor, University of British Columbia and Vancouver Coastal Health Research Institute	2007/02/14	39
<b>Canadian Association for Health, Physical Education,  Recreation and Dance</b> Andrea Grantham, Executive Director		
<b>Department of Health</b> Ann Ellis, Nutrition Advisor, Office of Nutrition Policy and Promotion, Health Products and Food Branch Marie-France Lamarche, Director, Chronic Disease Prevention, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch		
<b>Department of Indian Affairs and Northern  Development</b> Joan Katz, Director, Education Planning and Policy, Education Branch		
<b>Nova Scotia Department of Health</b> Farida Gabbani, Senior Director, Office of Health Promotion, Sport and Recreation Division		
<b>Public Health Agency of Canada</b> Kelly Stone, Director, Childhood and Adolescence, Centre for Health Promotion		
<b>Food Standards Agency UK</b> Gill Fine, Director, Consumer Choice and Dietary Health Rosemary Hignett, Head, Nutrition Division Deirdre Hutton, Chair, UK Headquarters	2007/02/19	40

<b>Organizations and Individuals</b>	<b>Date</b>	<b>Meeting</b>
<b>House of Commons of the United Kingdom</b> Richard Caborn, Minister of State (Sport), Department for Culture, Media and Sport	2007/02/19	40
<b>Canadian Food Inspection Agency</b> Debra Bryanton, Executive Director, Food Safety	2007/02/21	41
<b>Centre for Science in the Public Interest</b> Bill Jeffery, National Coordinator		
<b>Department of Health</b> Janet Beauvais, Director General, Health Products and Food Branch, Food Directorate		
<b>Heart and Stroke Foundation of Canada</b> Sally Brown, Chief Executive Officer Carol Dombrow, Nutrition Consultant		
<b>McCain Foods Canada</b> Fred Schaeffer, President and Chief Executive Officer		
<b>Health Education Trust</b> Joe Harvey, Director	2007/02/26	42
<b>King's College London</b> Tom Sanders, Head, Nutritional Sciences Research Division		
<b>Tesco PLC</b> Karen Tonks, Chief Nutritionist		
<b>UK Food and Drink Federation</b> Jane Holdsworth, Consultant to the Food Industry		
<b>University College London</b> Roger Mackett, Professor, Centre for Transport Studies		
<b>University of London</b> Sandy Oliver, Reader in Public Policy, Social Science Research Unit, Institute of Education		

## APPENDIX B

### LIST OF BRIEFS

---

#### Organizations and Individuals

---

Aboriginal Nutrition Network

Aboriginal Sport Circle

Action Schools! BC

Active Healthy Kids Canada

Advertising Standards Canada

Affordable Food Alliance

Assembly of First Nations

Association of Canadian Advertisers

Baking Association of Canada

Bariatric Medical Institute

Breakfast for Learning

British Columbia Ministry of Health

Canadian Association for Health, Physical Education, Recreation and Dance

Canadian Council of Food and Nutrition

Canadian Council of Grocery Distributors

Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute

Canadian Institutes of Health Research

Canadian Medical Association

Canadian MedicAlert Foundation

Canadian Obesity Network

Canadian Public Health Association

Canadian Radio-television and Telecommunications Commission

Canadian Restaurant and Foodservices Association

---

## Organizations and Individuals

---

Canola Council of Canada

Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment

Centre for Science in the Public Interest

Childhood Obesity Foundation of British Columbia

Chronic Disease Prevention Alliance of Canada

Concerned Children's Advertisers

Congress of Aboriginal Peoples

Department of Health

Dietitians of Canada

Dow AgroSciences Canada Inc.

Entertainment Software Association of Canada

Federation of Canadian Municipalities

Fitness Industry Council of Canada

Food and Consumer Products of Canada

Heart and Stroke Foundation of Canada

House of Commons of the United Kingdom

Inuit Tapiriit Kanatami

Joint Consortium for School Health

KMH Cardiology and Diagnostic Centres

Laval University

Loblaw Companies Limited

Manitoba First Nations Education Resource Centre

McCain Foods Canada

McMaster Children's Hospital

---

## Organizations and Individuals

---

National Aboriginal Health Organization

National Association of Friendship Centres

Nova Scotia Agricultural College

Nova Scotia Department of Health

Queen's University

Refreshments Canada

Simon Fraser University

Statistics Canada

The Silken Laumann Active Kids Movement

Tungasuvvingat Inuit

UK Food and Drink Federation

UK Office of Communication

University College London

University of Alberta

University of Guelph

University of London

University of Toronto



# REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant *Minutes of Proceedings* (Meetings Nos. 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 and 45) is tabled.

Respectfully submitted,

Rob Merrifield, MP  
Chair



## **DISSENTING OPINION**

### **Presented by the Bloc Québécois MPs**

Christiane Gagnon (Québec) and Luc Malo (Verchères – Les Patriotes)

#### **A. INVOLVING THE RIGHT PEOPLE**

##### **1. Juvenile obesity: an important issue**

The Bloc Québécois members recognize the gravity of the epidemic of juvenile obesity raging through Quebec and Canada. This situation is not, moreover, limited to Quebec and Canada, since many western countries are grappling with the same problem.

There is consensus on the Committee's findings based on the evidence it heard during the study. The Bloc Québécois members agree with the Committee's observations in chapters 1 to 5 of the Report. The Bloc Québécois feels that this situation is extremely serious and is paying careful attention to the issues raised by the Committee. Juvenile obesity is an important issue that requires quick and effective action. Quebec, in any case, has responded, by announcing an action plan to counter this epidemic in autumn 2006.

##### **2. A question of jurisdictions**

The Standing Committee on Health agreed in June 2006 to begin a study on juvenile obesity in Canada, "with a particular focus on the responsibility of the federal government for First Nations and Inuit children." The Bloc Québécois finds it regrettable that the Committee deviated from its original mandate by extending the study to areas that are outside the federal government's jurisdiction.

The Committee's hearings demonstrated beyond any doubt that the overall health of members of the First Nations and Inuit is much worse than that of the rest of the Canadian population. Here alone there are massive challenges facing the federal government, which is constitutionally responsible for the healthcare of these populations. Rather than seeking to extend its efforts into areas where it does not have the expertise, the federal government should be seeking to distinguish itself in its approach to its own client groups.

## **B. WELL UNDER WAY IN QUEBEC**

The Bloc Québécois feels that the Standing Committee on Health's report contains recommendations that, were they to be applied by the federal government, would constitute an unnecessary duplication of the efforts already being made in Quebec.

### **1. Acting within its areas of jurisdiction**

The *10-Year Plan to Strengthen Health Care* adopted by the federal, provincial and territorial first ministers in September 2004 recognizes the Government of Quebec's authority to carry out its responsibilities for planning, organizing and managing health care services within the province. The agreement calls for Quebec to apply its own strategies for health promotion and prevention of chronic diseases, which includes, *de facto*, any question of obesity.

The Government of Quebec reports to the public on its use of healthcare funds.

### **2. A well-defined strategy**

Within the framework of the 2004 agreement, the Government of Quebec undertook a study of juvenile obesity that culminated in the *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012; Investir pour l'avenir* [Government action plan to promote healthy lifestyles and prevent weight-related problems 2006-2012]. This process represents a major step in the prevention of juvenile obesity in Québec.

The Quebec plan *Investir pour l'avenir* [Invest for the future] covers all the areas covered by the House of Commons Standing Committee on Health report. Nutrition, physical activity, advertising, research, health, education and infrastructures are all issues that Quebec has given careful consideration. The process involved seven departments and three government agencies, as well as private-sector and community partners.

The results of this exercise led to targeted and quantifiable objectives in priority areas. A total of \$400 million is to be invested over 10 years, including \$20 million a year from the Government of Quebec.

Open federalism notwithstanding, the Bloc Québécois members are not surprised to note that the Standing Committee on Health, despite the change in government, continues to interfere in areas of Quebec's and the provinces' jurisdiction rather than concentrating on its own areas of jurisdiction, which in this case include the government's responsibility for First Nations and Inuit children.

The Bloc Québécois also finds it regrettable that the Standing Committee on Health did not agree to recognize in its report that Quebec can conduct its own initiatives

and obtain its fair share of the funding for federal initiatives on juvenile obesity, in complete compliance with its areas of jurisdiction and the 10-Year Plan of 2004.

**That is why the Bloc Québécois recommends:**

- ❖ That, if the federal government takes actions to counter juvenile obesity, these actions not restrain Quebec;
- ❖ That the federal government's initiatives on juvenile obesity in areas of provincial responsible include an unconditional right for Quebec to withdraw with full compensation.

## **C. TARGET THE FEDERAL GOVERNMENT'S INTERVENTION**

### **1. Act immediately for the First Nations and Inuit communities**

Although it exceeded the federal government's jurisdictions, the Standing Committee on Health did examine the situation of the First Nations and Inuit. The Bloc Québécois members support the recommendations relating to these communities,<sup>1</sup> provided the communities are allowed to participate in the development and evaluation of the initiatives to counter juvenile obesity.

The Bloc Québécois urges the federal government to make these recommendations a priority and quickly implement measures that will allow it to effectively attack the problems experienced by these communities.

### **2. Respect Quebec's and the provinces' areas of jurisdiction**

Under the *10-Year Plan of 2004*, the Government of Quebec is to share information and best practices with the governments of the other provinces and territories. Quebec is meeting its obligations, since a number of mechanisms are in place, such as FPT round tables<sup>2</sup>, formal and specific agreements, and regular and continuous contacts with the other provincial governments and the federal government.

Given that it is respecting its commitments, Quebec should not be required to acquiesce to federal initiatives impinging on its areas of jurisdiction, such as research, education, advertising, etc. The Bloc Québécois cannot agree to recommendations 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 and 13 of the Standing Committee on Health report. If the other Canadian provinces agree to give the federal government responsibilities in the fight against juvenile obesity, Quebec should, at the very least, be given an unconditional right to withdraw with full compensation.

---

<sup>1</sup> Recommendations 1, 2, 5, 6, 8, 10 and 12 contain sections on the First Nations and Inuit.

<sup>2</sup> FPT: federal-provincial/territorial.

For example, what would be the point of creating a new knowledge exchange structure (Recommendation 6) when such exchanges already occur between Quebec, the federal government and the provinces? One might also question the relevance of the federal government's evaluating Quebec legislation on advertising to children (Recommendation 9) and of measures aimed at schools (Recommendation 11) when this is clearly an area of provincial jurisdiction. Finally, what justification is there for the federal government's imposing conditions on the provinces' management of infrastructure programs (Recommendation 13)?

### **3. Better targeted federal action**

The Bloc Québécois members recognize that the federal government may act within its areas of jurisdiction to combat juvenile obesity. That is why it supports recommendation 11 on the evaluation of the children's fitness tax credit. We also support Recommendation 4, to limit the amount of trans fat, which is supported by the report from the panel of experts who studied the question in 2006.

réguliers et constants avec les administrations des autres provinces et du gouvernement fédéral.

En vertu du fait qu'il respecte ses engagements, le Québec ne devrait pas être tenu de se plier à des initiatives fédérales touchant ses champs de compétences, comme la recherche, l'éducation, la publicité, etc. Les recommandations 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 et 13 contenues dans le rapport du Comité permanent de la santé ne peuvent donc être acceptées par le Bloc Québécois. Si les autres provinces canadiennes s'entendent pour donner des responsabilités au gouvernement fédéral dans la lutte à l'obésité juvénile, le Québec devrait, à tout le moins, pouvoir bénéficier d'un droit de retrait avec pleine compensation et ce, sans conditions.

À titre d'exemple, quelle serait l'utilité de créer une nouvelle structure en mettant sur pied un centre d'échange du savoir (recommandation 6) alors que de tels échanges ont déjà cours entre le Québec, le gouvernement fédéral et les provinces? On peut également se questionner sur la pertinence d'une évaluation des lois québécoises sur la publicité destinée aux enfants par le gouvernement fédéral (recommandation 9) et sur les mesures destinées aux écoles (recommandation 11) alors qu'il s'agit clairement d'une compétence provinciale. Enfin, comment justifier que le gouvernement fédéral impose des conditions aux provinces dans la maîtrise d'œuvre des programmes d'infrastructures (recommandation 13)?

### 3. Une action fédérale mieux cernée

Les membres du Bloc Québécois sont conscients que le gouvernement fédéral peut agir à l'intérieur de ses compétences dans la lutte à l'obésité juvénile. C'est pourquoi ils appuient la recommandation 11 portant sur l'évaluation du crédit d'impôt sur l'activité physique. La recommandation 4, visant à limiter le contenu en gras trans, est également appuyée, en soutien au rapport du Groupe d'experts ayant étudié la question en 2006.

Par ailleurs, le Bloc Québécois trouve regrettable que le Comité permanent de la santé n'ait pas accepté de reconnaître dans ce rapport que le Québec puisse mener ses propres initiatives et obtenir sa juste part du financement destiné aux initiatives fédérales en matière d'obésité juvénile, en toute conformité avec ses compétences constitutionnelles et le plan décennal de 2004.

**C'est pourquoi le Bloc Québécois recommande :**

- ❖ Que si le gouvernement fédéral entreprend des actions pour contrer l'obésité juvénile, ces actions ne soient pas contraignantes pour le Québec;
- ❖ Que les initiatives du gouvernement fédéral sur l'obésité juvénile dans les domaines de responsabilité provinciale doivent être assorties d'un droit de retrait avec pleine compensation et ce, sans conditions pour le Québec.

## **C. CIBLER L'INTERVENTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL**

**1. Agir dès maintenant pour les communautés des Premières Nations et les Inuit**

Malgré qu'il ait débordé des champs de compétence du gouvernement fédéral, le Comité permanent de la santé s'est attardé à la situation vécue par les Premières Nations et les Inuit. Les membres du Bloc Québécois sont favorables aux recommandations qui interpellent ces communautés<sup>1</sup>, à condition que celles-ci soient mises à contribution dans l'élaboration et l'évaluation des initiatives destinées à contrer l'obésité juvénile.

Le Bloc Québécois invite le gouvernement fédéral à prioriser ces recommandations et à mettre rapidement en place des mesures qui lui permettront de s'attaquer de façon efficace aux problèmes vécus par ces communautés.

## **2. Respecter les champs de compétence du Québec et des provinces**

Le *Plan décennal de 2004* prévoit que le gouvernement du Québec partage l'information et les meilleures pratiques avec les gouvernements des autres provinces et territoires. Le Québec remplit ses obligations puisque plusieurs mécanismes de coopération sont en place, notamment par le biais de tables de concertation FPT<sup>2</sup>, d'ententes formelles et spécifiques et par l'entretien de contacts

<sup>1</sup> Les recommandations 1, 2, 5, 6, 8, 10 et 12 contiennent des sections sur les Premières Nations et les Inuit.

<sup>2</sup> FPT : fédérales-provinciales-territoriales.

## B. Une démarche déjà bien entamée au Québec

Le Bloc Québécois est d'avis que le rapport du Comité permanent de la santé contient des recommandations qui, si elles étaient mises en application par le gouvernement fédéral, constitueraient des doublonnements inutiles d'initiatives déjà en marche au Québec.

### 1. Agir à l'intérieur de ses compétences

Le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* adopté par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux en septembre 2004 reconnaît la compétence du gouvernement du Québec d'exercer lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire. L'entente prévoit que le Québec applique ses propres stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques, ce qui inclut de *facto* toute la question de l'obésité.

Le gouvernement du Québec fait rapport à sa population sur l'usage de l'ensemble des fonds destinés à la santé.

### 2. Une stratégie bien définie

C'est dans le cadre de l'entente de 2004 que le gouvernement du Québec a porté une réflexion sur l'obésité juvénile qui a résulté en l'élaboration du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012; Investir pour l'avenir*. Cette démarche constitue une étape importante dans la prévention de l'obésité juvénile au Québec.

Le plan québécois *Investir pour l'avenir* couvre l'ensemble des secteurs d'activités cernés par le rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. L'alimentation, l'activité physique, la publicité, la recherche, la santé, l'éducation et les infrastructures sont tous des sujets ayant fait l'objet d'une réflexion au Québec. Cette démarche a impliqué sept ministères et trois organismes gouvernementaux en plus de partenaires du secteur privé et communautaire.

Les résultats de cet exercice ont donné lieu à des objectifs ciblés autour d'axes d'intervention prioritaires et chiffrés. Des investissements de 400 M\$ sur 10 ans sont prévus, dont 20 M\$ par année seront versés par le gouvernement du Québec.

Malgré le fédéralisme d'ouverture, les membres du Bloc Québécois ne sont pas étonnés de constater que le Comité permanent de la santé, malgré le changement de gouvernement, continue à s'ingérer dans les champs de compétences du Québec et des provinces, au lieu de se concentrer sur ses champs de compétences, comme dans ce cas-ci, à la responsabilité du gouvernement envers les enfants des Premières Nations et Inuit.

## A. IMPLIQUER LES BONS ACTEURS

### 1. L'obésité juvénile : un enjeu important

Les membres du Bloc Québécois reconnaissent la gravité de l'épidémie d'obésité juvénile qui fait rage au Québec et au Canada. Cette situation n'est d'ailleurs pas limitée au Québec et au Canada, plusieurs pays occidentaux étant également aux prises avec une telle problématique.

Un consensus règne sur les constats observés par le Comité issus des témoignages entendus lors de l'étude. Les membres du Bloc Québécois sont en accord avec les observations du Comité telles que décrites aux chapitres 1 à 5 du rapport. Le Bloc Québécois considère que la situation est très grave et porte une attention particulière aux enjeux soulevés par le comité. L'obésité juvénile constitue un enjeu important qui requiert une action rapide et adéquate. Le Québec a d'ailleurs agi en annonçant un plan d'action visant à contrer cette épidémie à l'automne 2006.

### 2. Une question de compétences

Le Comité permanent de la santé a convenu en juin 2006 d'amorcer une étude sur l'obésité juvénile au Canada, et « plus particulièrement sur la responsabilité du gouvernement fédéral envers les enfants des Premières nations et des Inuit ». Le Bloc Québécois déplore que le Comité ait dévié de son mandat original en faisant porter l'étude sur plusieurs champs de compétence qui ne sont pas la responsabilité du gouvernement fédéral.

Les audiences du Comité ont permis de démontrer hors de tout doute que les membres des Premières Nations et les Inuit souffrent d'un état de santé global beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne. Dès lors, les défis sont grands pour le gouvernement fédéral, constitutionnellement responsable d'assurer les soins de santé de ces populations. Au lieu de chercher à étendre son champ d'action alors qu'il n'en a pas l'expertise, le gouvernement fédéral devrait plutôt chercher à se démarquer dans son approche auprès de ses propres clientes.



# DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du *Règlement*, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents (séances n<sup>os</sup> 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 et 45) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président

Rob Merrifield, député



---

## Organisations et individus

---

Ministère de la Santé

Organisation nationale de la santé autochtone

Pour apprendre sans faim

Produits alimentaires et de consommation du Canada

Réseau canadien en obésité

Statistique Canada

The Silken Laumann Active Kids Movement

Tungasuvvingat Inuit

UK Food and Drink Federation

UK Office of Communication

Université de Guelph

Université de l'Alberta

Université de Toronto

Université Laval

Université Queen's

Université Simon Fraser

University College London

University of London

---

## Organisations et individus

---

Congrès des peuples autochtones

Conseil canadien des aliments et de la nutrition

Conseil canadien des distributeurs en alimentation

Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes

Dow AgroSciences Canada Inc.

Entertainment Software Association of Canada

Fédération canadienne des municipalités

Fitness Industry Council of Canada

Fondation canadienne MedicAlert

Fondation des maladies du coeur du Canada

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie

Instituts de recherche en santé du Canada

Inuit Tapiriit Kanatami

Jeunes en forme Canada

Joint Consortium for School Health

KMH Cardiology and Diagnostic Centres

Les Compagnies Loblaw limitée

Les diététistes du Canada

Les normes canadiennes de la publicité

Manitoba First Nations Education Resource Centre

McCain Foods Canada

McMaster Children's Hospital

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

## ANNEXE B

### LISTE DES MÉMOIRES

#### Organisations et individus

Aboriginal Nutrition Network

Action Schools! BC

Affordable Food Alliance

Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada

Assemblée des Premières Nations

Association canadienne de la boulangerie

Association canadienne de santé publique

Association canadienne des annonceurs

Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires

Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse

Association médicale canadienne

Association nationale des centres d'amitié

Bariatric Medical Institute

Boissons rafraîchissantes

Canola Council of Canada

Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment

Centre pour la science dans l'intérêt public

Cercle sportif autochtone

Chambre des communes du Royaume-Uni

Childhood Obesity Foundation of British Columbia

Collège d'agriculture de la Nouvelle-Écosse

Concerned Children's Advertisers



Organisations et individus	Date	Réunion	
Ministère de la Santé	2007/02/21	41	Janet Beauvais, directrice générale, Direction générale des produits de santé et des aliments, Direction des aliments
Health Education Trust	2007/02/26	42	Joe Harvey, directeur
King's College London			Tom Sanders, chef, Division de la recherche sur les sciences de la nutrition
Tesco PLC			
			Karen Tonks, nutritionniste en chef
UK Food and Drink Federation			
			Jane Holdsworth, consultante pour l'industrie alimentaire
University College London			
			Roger Mackett, professeur, Centre d'études sur les transports
University of London			
			Sandy Oliver, maître de conférences en politique publique, Service de recherches en sciences sociales, Institut en éducation

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse	2007/02/14	39
---	------------	----

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse		
---	--	--

Farida Gabbani, directrice principale, Bureau de la promotion de la santé, Division des sports et des loisirs		
--	--	--

Ministère de la Santé		
-----------------------	--	--

Ann Ellis, conseillère en nutrition, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments		
--	--	--

Marie-France Lamarche, directrice, Prévention des maladies chroniques, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		
---	--	--

Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien		
--	--	--

Joan Katz, directrice, Planification et politique d'éducation, Direction générale de l'éducation		
---	--	--

Chambre des communes du Royaume-Uni	2007/02/19	40
-------------------------------------	------------	----

Richard Caborn, ministre d'état (sports), Ministère de la culture, des médias et des sports		
--	--	--

Food Standards Agency UK		
--------------------------	--	--

Gill Fine, directrice, Décisions de consommation et santé alimentaire		
--	--	--

Rosemary Hignett, chef, Division de la nutrition		
---	--	--

Deirdre Hutton, présidente, Bureau national du Royaume-Uni		
---	--	--

Agence canadienne d'inspection des aliments	2007/02/21	41
---	------------	----

Debra Bryanton, directrice exécutive, Salubrité des aliments		
---	--	--

Centre pour la science dans l'intérêt public		
--	--	--

Bill Jeffery, coordonnateur national		
--------------------------------------	--	--

Fondation des maladies du cœur du Canada		
--	--	--

Sally Brown, directrice générale		
----------------------------------	--	--

Carol Dombrow, consultante en nutrition		
---	--	--

McCain Foods Canada		
---------------------	--	--

Fred Schaeffer, président-directeur général		
---	--	--

Organisations et individus	Date	Réunion
<p><b>Gouvernement de l'Ontario</b></p> <p>Colleen Kiel, conseillère supérieure, Ministère de la Promotion de la santé</p> <p>Jeffery Pearce, adjoint spécial, Bureau du ministre</p> <p>Jim Watson, ministre de la promotion de la santé</p> <p><b>Infrastructure Canada</b></p> <p>Adam Ostry, directeur général, Direction des politiques, Direction générale des villes et des collectivités</p> <p><b>Institut national de santé publique du Québec</b></p> <p>Lyne Mongeau, coordonnatrice professionnelle</p> <p><b>Northern Health</b></p> <p>Joanne Bays, gestionnaire régional</p> <p><b>Groupe d'étude sur les graisses trans</b></p> <p>Sally Brown, première dirigeante, Fondation des maladies du coeur du Canada et coprésidente du groupe d'étude</p> <p>Paul Hetherington, président-directeur général, Association canadienne de la boulangerie et membre du groupe d'étude</p> <p>Joyce Reynolds, première vice-présidente, affaires gouvernementales, Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires et membre du groupe d'étude</p> <p><b>Société canadienne de cardiologie</b></p> <p>Anne Ferguson, première dirigeante</p> <p><b>Université de Guelph</b></p> <p>Alejandro Marangoni, professeur, Département des sciences alimentaires</p> <p><b>Action Schools! BC</b></p> <p>Heather McKay, enquêtrice principale, Professeure, Université de la Colombie-Britannique et Vancouver Coastal Health Research Institute</p> <p><b>Agence de la santé publique du Canada</b></p> <p>Kelly Stone, directrice, Enfance et adolescence, Centre pour la promotion de la santé</p>	2006/11/09	27
	2007/02/12	38
	2007/02/14	39

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

<b>Canola Council of Canada</b>	2006/11/02	25
---------------------------------	------------	----

Barbara Isman, présidente

### Fédération canadienne des municipalités

John Burrett, gestionnaire principal de politiques sociales, Services des politiques, promotion des intérêts et communications

Gord Steeves, premier vice-président

### Université de la Colombie-Britannique

Lawrence Frank, chaire bombardier en transport durable, École de planification communautaire et régionale

### Université de l'Alberta

Paul Veugelers, professeur agrégé, École de santé publique

### Aboriginal Nutrition Network

Bernadette deGonzague, diététiste

### Affordable Food Alliance

Helen Barry, conseillère en magasin de détail, Services de développement de magasin

Jim Deyell, directeur des affaires publiques,

Northern Canada

Alasdair MacGregor, conseiller en magasin de détail, Services de développement de magasin

### Association nationale des centres d'amitié

Peter Dinsdale, directeur exécutif

### Manitoba First Nations Education Resource Centre

Lorne Keeper, directeur exécutif

### Manitoba Keewatinowi Okimakanak

George Neepin, chef

### Tungasuvvingat Inuit

Ernie Kadloo, animateur de programmes pour enfants et familles

Christine Lund, coordonnatrice, sensibilisation et prévention du diabète

Connie Seidule, coordonnatrice des programmes, Centre des ressources familiales inuites

### Childhood Obesity Foundation of British Columbia

2006/11/09

27

Organisations et individus	Date	Réunion		
<b>Les normes canadiennes de la publicité</b> Linda Nagel, présidente et directrice générale <b>Réseau Éducation-Médias</b> Catherine Thurm, chef de projet, Éducation <b>Société canadienne de pédiatrie</b> Marie Adèle Davis, directrice générale Claire LeBlanc, présidente de comité, Comité de vie active saine	2006/10/19	21		
<b>Ministère de la Santé</b> Danielle Brûlé, directrice, Recherche, surveillance et évaluation, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition Mary Bush, directrice générale, Bureau de politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments Élaine De Grandpré, agente de nutrition, Planification, diffusion et promotion, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition Lori Doran, directrice intérimaire, Prévention des maladies chroniques, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits Janet Pronk, directrice intérimaire, Établissement des politiques et des normes, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition	2006/10/24	22		
<b>KMH Cardiology and Diagnostic Centres</b> Arvi Grover, cardiologue et directeur, Institut international du cœur <b>Université de Toronto</b> Valérie Tarasuk, professeure, Département des sciences de la nutrition, Faculté de médecine <b>Université Simon Fraser</b> Lisa Oliver, candidate au doctorat, Département de géographie	2006/10/26	23		
<b>Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada</b> Jean Harvey, directrice générale par intérim Stephen Samis, président	2006/11/02	25		

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

Ministère des Finances 2006/10/05 19

Geoff Trueman, chef,  
Division de la taxe de vente, Droit pour la sécurité des  
passengers du transport aérien, Direction de la politique de  
l'impôt

Université de l'Alberta

Sean B. Cash, professeur adjoint,  
Département de l'économie rurale

Cercle sportif autochtone

2006/10/17 20

Rod Jacobs, gérant,  
Aboriginal Sport Development

Stephanie Smith, directrice exécutive par intérim

Ministère du Patrimoine canadien

Michael Chong, ministre des sports  
Jacques Paquette, sous-ministre adjoint,  
Affaires internationales et intergouvernementales et sport  
Tom Scrimger, directeur général,  
Sport Canada

The Silken Laumann Active Kids Movement

Sandra Hamilton, directrice du marketing et des relations  
corporatives

Silken Laumann, présidente

Association canadienne des annonceurs

2006/10/19 21

Robert Reaume, vice-président,  
Politiques et recherches

Association médicale canadienne

Colin McMillan, président

William Tholl, secrétaire général et chef de la direction

Concerned Children's Advertisers

Cathy Loblaw, présidente

Conseil de la radiodiffusion et des

télécommunications canadiennes

Denis Carmel, directeur,

Affaires publiques

Martine Vallee, directrice,

Télévision payante et spécialisée de langue anglaise et  
politique sociale

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

### Assemblée des Premières Nations

2006/10/03

18

Valerie Gideon, directrice principale,  
Secrétariat à la santé et au développement social  
Katherine Whitecloud, chef régional

### Inuit Tapiriit Kanatami

Kristy Sheppard, représentante du national inuit committee on health

### Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project

Margaret Cargo, chercheuriste,  
Division de recherche psychosociale, Centre de recherche de  
l'Hôpital Douglas

Treana Delormier, membre,  
Conseil consultatif communautaire

Sheila Wari Whitebean, gestionnaire et coordonnatrice des  
interventions

### Ministère de la Santé

Kathy Langlois, directrice générale,  
Direction des programmes communautaires, Direction générale  
de la santé des Premières nations et des Inuits

### Organisation nationale de la santé autochtone

Mark Buell, gestionnaire,  
Politiques et communications

Carole Lafontaine, directrice générale par intérim

### Université de l'Alberta

Noreen Willows, professeure adjointe,  
Département de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition

### Centre pour la science dans l'intérêt public

2006/10/05

19

Bill Jeffery, coordonnateur national

### Collège d'agriculture de la Nouvelle-Écosse

J. Stephen Clark, professeur agrégé d'économie,  
Département des affaires et des sciences sociales

### Ministère des Finances

Alex Lessard, agent, politique de l'impôt,  
Division de la taxe de vente, Direction de la politique de l'impôt  
Katherine Rechico, conseillère spéciale,  
Direction de la politique de l'impôt, Division de l'impôt des  
particuliers

Réunion	Date	Organisations et individus	
16	2006/09/26	<b>Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie</b> Cora Craig, présidente et directrice générale <b>Jeunes en forme Canada</b> Mark Tremblay, président du conseil d'administration <b>Université Queen's</b> Ian Janssen, professeur adjoint, École de kinésiologie et d'études sur la santé, et département de santé communautaire et d'épidémiologie	17
	2006/09/28	<b>Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires</b> Jill Holroyd, vice-présidente, Recherche et communications Joyce Reynolds, première vice-présidente, Affaires gouvernementales <b>Bariatric Medical Institute</b> Yoni Freedhoff, directeur médical <b>Boissons rafraîchissantes</b> Calla Farn, directrice des affaires publiques <b>Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment</b> Harriet Kuhnlein, directrice fondatrice <b>McMaster Children's Hospital</b> Linda Gillis, diététiste, Children's Exercise and Nutrition Centre Hamilton Health Sciences <b>Produits alimentaires et de consommation du Canada</b> Phyllis Tanaka, directrice, Politique concernant l'alimentation et la nutrition	18
	2006/10/03	<b>Affaires indiennes et du Nord Canada</b> Robert Eyahpaise, directeur, direction des services sociaux et de la justice, Direction générale de la politique sociale et des programmes Fred Hill, gestionnaire, Sécurité alimentaire dans le Nord, Programme des affaires du Nord	

# ANNEXE A

## LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

### Conseil canadien des aliments et de la nutrition

2006/06/15

10

### Fondation des maladies du coeur du Canada

Francky Pillo-Blocka, présidente-directrice générale

Sally Brown, directrice générale

Stephen Samis, directeur,

Politique de la santé

### Instituts de recherche en santé du Canada

Diane T. Finegood, directrice scientifique,

L'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète

### Statistique Canada

Margot Shields, analyste principale,

Division de la statistique de la santé

### Université Queen's

Peter Katzmarzyk, professeur agrégé,

École d'éducation physique et des sciences de la santé et

département de santé communautaire et d'épidémiologie

### Agence canadienne d'inspection des aliments

2006/09/21

14

Debra Bryanton, directrice exécutive,

Salubrité des aliments

### Agence de la santé publique du Canada

Gregory Taylor, directeur général par intérim,

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

### Instituts de recherche en santé du Canada

Diane T. Finegood, directrice scientifique,

L'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète

### Ministère de la Santé

Janet Beauvais, directrice générale,

Direction générale des produits de santé et des aliments,

Direction des aliments

Mary Bush, directrice générale,

Bureau de politique et de la promotion de la nutrition,

Direction générale des produits de santé et des aliments

Kathy Langlois, directrice générale,

Direction des programmes communautaires, Direction générale

de la santé des Premières nations et des Inuits

- affecte de nouveaux fonds d'infrastructure spécifiquement faciliter l'accès des enfants à un éventail de choix relatifs à de l'activité physique de qualité et à des aliments sains;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

Que le gouvernement fédéral :

### RECOMMANDATION 13

- en collaboration avec le Consortium conjoint pour les écoles en santé, s'efforce de faciliter la mise en œuvre de programmes et de normes appropriées concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles;
- fournisse des programmes et des normes appropriées concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles des Premières nations relevant de sa compétence;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

Que le gouvernement fédéral :

### RECOMMANDATION 12

- rende compte d'ici deux ans de la mise en œuvre du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants;
- évalue l'efficacité du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants et dépose un rapport à ce sujet dans cinq ans.

- recueille immédiatement des données fiables relatives au nombre d'enfants et d'adolescents qui s'inscrivent à des activités sportives et physiques;

Que le gouvernement fédéral :

## RECOMMANDATION 11

- évalue, de concert avec les Premières nations et les Inuits, les mesures permettant aux collectivités éloignées de ces populations d'avoir accès à des aliments nutritifs à prix abordable, notamment le programme Aliments-poste, l'utilisation d'aliments traditionnels et diverses initiatives autonomes.

Que le gouvernement fédéral :

## RECOMMANDATION 10

- collabore au besoin avec l'industrie des médias, des organismes de défense des consommateurs, des universitaires et d'autres intervenants.
- examine les modes de réglementation de la cyberpublicité destinée aux enfants;
- fasse rapport sur les résultats de ces examens dans un délai d'un an;
- Évalue l'efficacité de l'autoréglementation ainsi que celle de l'interdiction relative à la publicité au Québec, en Suède et dans d'autres compétences;

Que le gouvernement fédéral :

## RECOMMANDATION 9

- instaure un mécanisme permanent de consultation des organisations des Premières nations et des Inuits ainsi que d'autres organisations autochtones nationales.
- veille à ce que les mesures soient axées à la fois sur une saine alimentation et sur l'activité physique;

## RECOMMANDATION 7

Que le gouvernement fédéral :

- renforce la capacité de recherche pour l'ensemble des déterminants de la santé influant sur le poids santé des enfants;

- veille à ce que la recherche soit axée à la fois sur une activité physique de qualité et sur des choix éclairés en matière d'alimentation;

- confie les travaux de recherche à divers ministères et organismes, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences humaines, Statistique Canada, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada;

- établit des éléments de recherche distincts pour les déterminants de la santé des enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis.

## RECOMMANDATION 8

Que le gouvernement fédéral :

- nomme immédiatement un ministre ou un organisme responsable des mesures interministérielles fédérales visant un poids santé chez les enfants;

- confie la mise en œuvre des mesures à divers ministères, notamment Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le ministère des Finances, Affaires indiennes et du Nord Canada, Sport Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et Statistique Canada;

- donne accès aux données sur les niveaux d'activité physique et sur les choix en matière d'alimentation;
- fournisse des données provenant de diverses mesures biométriques, notamment l'indice de masse corporelle, le rapport taille-hanches et la circonférence abdominale;
- recueille également des données sur divers groupes ethnoculturels et socioéconomiques, et plus particulièrement les Inuits;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

## RECOMMANDATION 6

Que le gouvernement fédéral :

- Crée un mécanisme d'échange du savoir relatif au poids santé des enfants :
  - qui met l'accent tant sur l'activité physique que sur des choix éclairés en matière d'alimentation,
  - qui diffuse les recherches en cours et publiées, les résultats des évaluations, les pratiques exemplaires, prometteuses et stériles, etc.,
  - qui réunit et rend accessible de l'information en diverses langues en fonction des groupes ethnoculturels du pays, notamment les Premières nations, les Inuits et les Métis;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

- recueille à titre régulier et continu des données sur un poids santé chez les enfants;

Que le gouvernement fédéral :

#### RECOMMANDATION 5

- adopte d'ici 2008 un règlement qui limite la teneur en gras trans des aliments, comme le recommande le Groupe de travail sur les gras trans, sans toutefois que n'augmente celle en gras saturés.

Que le gouvernement fédéral :

#### RECOMMANDATION 4

- mette en œuvre un système simple, normalisé et obligatoire d'étiquetage sur le devant des emballages des produits alimentaires préemballés qui permettrait de prendre facilement connaissance de la valeur nutritive d'un produit;
- instaure ce système progressivement en commençant par les aliments dont la publicité vise principalement les enfants;
- fasse connaître le nouveau système d'étiquetage aux parents au moyen d'une campagne publicitaire dynamique.

Que le gouvernement fédéral :

#### RECOMMANDATION 3

- élabore et diffuse des outils éducatifs simples, conviviaux, multilingues, adaptés aux différentes cultures et destinés, entre autres, aux parents, aux enfants, aux enseignants, aux professionnels de la santé et aux planificateurs communautaires, etc.;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

---

## LISTE DES RECOMMANDATIONS

### RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement fédéral :

- fixe les objectifs suivants qui favoriseront un poids santé chez les enfants grâce à l'activité physique et à une saine alimentation :

- arrêt de la progression de l'obésité chez les enfants d'ici 2010,

- réduction du taux d'obésité chez les enfants, le portant de 8 à au moins 6 p. 100 d'ici 2020;

- mette en œuvre, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, des mesures immédiates visant à mettre un frein à l'obésité chez les enfants des Premières nations et des Inuits;

- présente au Parlement un rapport annuel sur l'ensemble des efforts déployés pour favoriser un poids santé chez les enfants et sur les résultats obtenus.

### RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement fédéral :

- entreprenne une vaste campagne de sensibilisation à un poids santé chez les enfants;

- présente l'activité physique de qualité et des choix éclairés en matière d'alimentation comme des éléments clés de la campagne;

- tire parti de tous les médias disponibles dans toutes les régions du pays;

## RECOMMANDATION 13

Que le gouvernement fédéral :

- affecte de nouveaux fonds d'infrastructure spécifiquement pour faciliter l'accès des enfants à un éventail de choix relatifs à de l'activité physique de qualité et à des aliments sains;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

Le gouvernement fédéral a élaboré, par l'entremise de ses ministères, organismes et sociétés d'État, des initiatives visant à appuyer les investissements dans les infrastructures municipales qui sont durables sur le plan environnemental, culturel, social et économique. Infrastructure Canada, Transports Canada et la Société immobilière du Canada font partie de ceux qui travaillent en partenariat avec les villes et les collectivités, tout en respectant les compétences provinciales et territoriales. Les ententes sur la taxe sur l'essence intervenues entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires comprennent comme signataires certaines municipalités ou associations municipales qui toucheront une partie des recettes provenant de la taxe fédérale d'accise sur l'essence afin que ces crédits puissent être investis dans l'infrastructure municipale. Ces accords prévoient que la municipalité élabore un plan intégré de viabilité communautaire pour le développement urbain et l'utilisation des sols se rattachant à la densification urbaine, aux transports, aux espaces verts et aux services communautaires. De plus, certaines infrastructures sportives et récréatives, et plus particulièrement les grandes installations où se déroulent les grandes manifestations du sport amateur et d'athlétisme, ont reçu une aide financière du Fonds canadien sur l'infrastructure stratégique et du Fonds sur l'infrastructure municipale rurale, qui vise surtout à répondre aux besoins des petites collectivités canadiennes.

Le Comité a appris que les programmes d'infrastructure relative aux activités communautaires et sportives figurent au bas de la liste des priorités des municipalités, par exemple sous la réparation des égouts et des ponts. Des témoins ont demandé que des ressources fédérales soient affectées aux municipalités pour des infrastructures qui accroîtraient l'activité physique, comme cela se fait aux États-Unis où le gouvernement y consacre 10 % de son financement des infrastructures. Ils ont engagé le gouvernement fédéral à élargir la définition d'infrastructure telle que précisée dans le transfert de la taxe sur l'essence de manière qu'elle englobe les infrastructures sociales comme les parcs et les centres récréatifs et communautaires. Ils ont également insisté sur la nécessité de mesures fédérales qui permettraient aux municipalités de régler les problèmes qui rattachent le cadre bâti avec une saine alimentation et l'activité physique. Ils ont demandé un appui pour la planification municipale qui assure un équilibre entre des entreprises d'alimentation offrant de la nourriture variée et abordable et des entreprises de restauration rapide.

Le Comité convient que les infrastructures communautaires et le cadre bâti jouent un rôle important pour ce qui est d'encourager les enfants à participer à des activités physiques et d'aider les parents et les enfants à se procurer des aliments sains. Il a appris que la facilité d'accès est essentielle; il doit être aisé de donner suite aux décisions et aux choix en matière d'alimentation et d'activité physique. Il prévoit de multiples possibilités d'activité physique comportant les infrastructures pour des sentiers pédestres, des pistes cyclables et des espaces verts à proximité des résidences. Il envisage également des possibilités de mettre en place une infrastructure communautaire favorisant les magasins d'alimentation qui offrent de nombreux aliments sains, de même que les jardins et les cuisines communautaires. Il veut donner aux collectivités les moyens d'autoriser et d'approuver certaines stratégies de planification et il envisage un partage des rôles entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux et les organisations non gouvernementales. Par conséquent, le Comité recommande :

Les témoins des Premières nations et des Inuits ont réclamé une amélioration des programmes d'alimentation et d'activités physiques ciblant les enfants d'âge scolaire ainsi qu'une augmentation des investissements pour les programmes d'alimentation de la petite enfance et des enfants d'âge préscolaire. Ils ont reconnu que les programmes sportifs et récréatifs, en tant que modèles, peuvent influencer sur l'activité physique et les habitudes alimentaires ainsi que sur l'ensemble des comportements sociaux.

Le Comité estime que le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative de mettre en place les ressources et les infrastructures nécessaires pour encourager les bonnes habitudes alimentaires et l'activité physique chez les enfants des Premières nations relevant de sa responsabilité. Le Comité reconnaît que le Consortium conjoint pour les écoles en santé peut renforcer la capacité des systèmes de santé, d'éducation et autres à travailler ensemble et recommande :

## RECOMMANDATION 12

Que le gouvernement fédéral :

- en collaboration avec le Consortium conjoint pour les écoles en santé, s'efforce de faciliter la mise en œuvre de programmes et de normes appropriés concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles;
- fournisse des programmes et des normes appropriés concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles des Premières nations relevant de sa compétence;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

## M. Amélioration des infrastructures locales

Des témoins ont demandé une amélioration des infrastructures locales qui favoriserait l'organisation de programmes d'activité physique et de loisirs pour les enfants de tous les âges, de tous les niveaux de capacité, de toutes les classes socio-économiques et de tous les groupes ethnoculturels. Ils ont fait remarquer que la grande majorité des infrastructures récréatives actuelles, notamment les centres communautaires, les piscines et les arénes, ont été construites entre les années 1950 et 1970. D'autres éléments du cadre bâti tels que les structures de jeux, les pistes cyclables et les sentiers pédestres ont été ajoutés plus récemment. De plus, au cours des années 1970 et 1980, la planification et les rénovations urbaines ont produit des centres urbains et des banlieues où les épiceries sont peu nombreuses ou éloignées, mais où les restaurants-minute abondent. Les gouvernements municipaux ont des capacités limitées de produire les revenus nécessaires pour corriger les lacunes des infrastructures.

## Que le gouvernement fédéral :

- recueille immédiatement des données fiables relatives au nombre d'enfants et d'adolescents qui s'inscrivent à des activités sportives et physiques;

- rende compte d'ici deux ans de la mise en œuvre du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants;

- évalue l'efficacité du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants et dépose un rapport à ce sujet dans cinq ans.

## L. Appuyer la consommation d'aliments sains et l'activité physique dans les écoles

Le Consortium conjoint pour les écoles en santé, récemment établi, se veut un outil pour renforcer la collaboration entre les ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux et leurs partenaires. Ce mécanisme, avalisé par les ministres de l'Éducation et de la Santé, vise à faire des écoles un milieu sain au moyen d'une approche intersectorielle à l'égard des mesures sociales et de santé s'adressant aux enfants d'âge scolaire. Le concept de « l'école en santé » définit les écoles comme un élément clé de la promotion d'un mode de vie sain auprès des enfants et des adolescents canadiens. Des enfants en santé apprennent plus facilement, et les écoles peuvent avoir une influence directe sur la santé des enfants.

Un grand nombre de témoins préconisent l'instauration de politiques de saine alimentation et d'activité physique de qualité, obligatoire et quotidienne, dans les écoles. Ils souhaitent que des changements soient apportés au programme d'enseignement afin d'assurer la participation de tous les enfants à des cours qui favorisent l'acquisition de compétences en préparation des aliments et d'habiletés physiques, et encourage la pensée critique pour faire des choix éclairés en matière d'alimentation et d'activité physique. Ils reconnaissent que la responsabilité de l'éducation, sauf pour ce qui est des écoles des Premières nations, relève des provinces et des territoires. Toutefois, ils sont d'avis que le gouvernement fédéral pourrait, de concert avec ses partenaires, jouer un rôle dans le renforcement des capacités et la création de mécanismes efficaces pouvant donner lieu à de tels changements.

Les écoles des Premières nations sont du ressort du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Des témoins ont toutefois souligné l'absence de gymnasie et d'éducateurs physiques dans de nombreuses écoles. Ils ont également fait remarquer que les écoles qui se dotent d'un programme favorisant une saine alimentation, doivent puiser dans des ressources déjà limitées. Les représentants des Premières nations ont également fait valoir qu'ils n'ont pas été des partenaires à part entière de l'initiative des écoles en santé et de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sain.

que des projets pour trouver des techniques novatrices de culture de fruits et de légumes en serre. Afin d'accroître la disponibilité d'aliments saine dans les régions isolées, éloignées et où vivent les Premières nations et les Inuits, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 10

Que le gouvernement fédéral :

- évalue, de concert avec les Premières nations et les Inuits, les mesures permettant aux collectivités éloignées de ces populations d'avoir accès à des aliments nutritifs à prix abordable, notamment le programme Aliments-poste, l'utilisation d'aliments traditionnels et diverses initiatives autonomes.

## K. Évaluer les conséquences des crédits d'impôt

Comme c'est le cas pour toute nouvelle mesure fiscale, l'efficacité du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants fait actuellement l'objet d'un débat, et les témoins ont pu donner leur avis à cet égard. Certains avaient des réserves parce que certaines familles auraient du mal à acquitter les droits initiaux de 500 \$ par enfant qu'il faut déboursier pour obtenir le crédit d'impôt à la fin de l'année d'imposition, et que les familles à faible revenu ne paient pas d'impôt et n'auraient tout simplement pas droit au crédit d'impôt. Ainsi, ils ont soutenu que celui-ci pourrait en fait élargir l'écart qui sépare les familles à faible revenu des familles mieux nanties. D'autres ont proposé de transformer le crédit d'impôt en crédit d'impôt remboursable, comme le remboursement de TPS, afin qu'un plus grand nombre de familles puissent en profiter.

D'autres encore ont applaudi à la création du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants, affirmant qu'il ne permettrait certainement pas de régler tous les tenants et aboutissants de la problématique complexe de l'obésité juvénile, mais qu'il n'en serait pas moins un puissant catalyseur capable d'aider les enfants à devenir plus actifs et à améliorer leur état de santé. Ils ont également recommandé que le crédit d'impôt aille de pair avec une évaluation de son efficacité quant à l'augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents inscrits à des activités physiques et sportives.

Le Comité convient avec les témoins que le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants constitue un excellent pas dans la promotion d'un poids sain chez les enfants. Il reconnaît aussi qu'il faudrait en faire une évaluation dès que nous disposerons d'assez de données fiscales pour en déterminer exactement l'incidence et l'efficacité. La recherche dans ce domaine est particulièrement insuffisante et un supplément d'information nous aiderait à savoir ce qui fonctionne et pour qui.

Dans le cadre de son évaluation continue de la politique fiscale, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral :

- Évalue l'efficacité de l'autoréglementation ainsi que celle de l'interdiction relative à la publicité au Québec, en Suède et dans d'autres compétences;
- fasse rapport sur les résultats de ces examens dans un délai d'un an;
- examine les modes de réglementation de la cyberpublicité destinée aux enfants;
- collabore au besoin avec l'industrie des médias, des organismes de défense des consommateurs, des universitaires et d'autres intervenants.

#### J. Accroître la consommation d'aliments saine

Des témoins ont suggéré de subventionner la consommation d'aliments sains que nous désirons promouvoir, tels que les fruits et légumes frais, au lieu de tenter de freiner la consommation d'aliments indésirables par le truchement de mesures économiques (comme les taxes sur les aliments gras). Selon eux, tous les consommateurs pourraient en profiter, plus particulièrement les familles à faible revenu. Les travaux de recherche indiquent qu'une « subvention minceur », comme on l'appelle, peut favoriser une plus grande consommation d'aliments saine, ce qui en retour prévient l'incidence de maladies et réduit le fardeau lié à ces maladies. Même si elles entraîneraient des dépenses gouvernementales, de telles subventions sont susceptibles, au fil du temps, de réduire les dépenses publiques en soins de santé.

Le programme fédéral Aliments-poste, dans le cadre duquel le gouvernement fédéral prend à son compte une partie des coûts associés au transport d'aliments nutritifs périssables vers des collectivités isolées du Nord, est un bon exemple d'un programme de subvention d'aliments sains. Le Comité a été impressionné d'apprendre que la population achetait davantage d'aliments saine depuis qu'on avait augmenté la subvention fédérale au transport au titre du programme dans le cadre de projets pilotes auquel trois collectivités autochtones du Nord ont participé. À son avis, le programme devrait faire l'objet d'une évaluation compte tenu de la possibilité qu'il offre d'avoir accès à plus de choix en matière d'aliments. Il faudrait également évaluer l'efficacité d'autres mesures visant à promouvoir des choix éclairés en matière d'alimentation et un poids santé chez les enfants des Premières nations et des Inuits. Ces mesures comprennent des initiatives visant à renforcer la capacité locale de production, de récolte et de transformation des aliments, notamment des activités de jardinage dans le Nord, des activités de chasse, de pêche et de rassemblement de la collectivité et la conservation collective des aliments, de même

Le Comité a appris que la publicité de produits alimentaires et de boissons destinée aux enfants a aussi été un sujet de préoccupation au Royaume-Uni. Après des travaux de recherche intensifs et un examen de la documentation sur la question, le UK Office of Communications a conclu que la publicité télévisée avait un effet direct modeste sur les préférences, la consommation et le comportement des enfants en matière d'aliments et de boissons, mais qu'une interdiction totale de la publicité de produits alimentaires et de boissons serait inutile et exagérée compte tenu des autres facteurs influant sur les habitudes alimentaires des enfants. Il a donc décidé d'interdire complètement la publicité de certains aliments et boissons, notamment ceux à teneur élevée en matières grasses, en sucre et en sel. L'interdiction, qui doit s'appliquer progressivement au cours d'une période de deux ans, vise tous les programmes intéressant particulièrement les enfants de moins de 16 ans et diffusés à toute heure du jour ou de la nuit à tout service de télévision. Le Comité a appris que les restrictions concernant la publicité de produits à teneur élevée en matières grasses, en sucre ou en sel permettraient de faire pencher la balance en faveur de boissons et d'aliments plus sains. La UK Food and Standards Agency, pendant de la Direction des aliments de Santé Canada, a été chargée d'élaborer un barème nutritionnel permettant de repérer les produits à teneur élevée en matières grasses, en sucre et en sel. La publicité est autorisée pour les aliments et boissons qui se trouvent sous le point de référence, mais non pour ceux qui se trouvent au-dessus étant donné qu'ils sont moins sains.

Le Comité a aussi appris que la cyberpublicité sur les aliments destinée aux enfants est un autre sujet de préoccupation au Royaume-Uni. Toutefois, tout comme ici, le CRTC, le UK Office of Communications n'a aucun rôle à jouer à cet égard.

Au cours des audiences du Comité, des témoins ont également insisté sur les connaissances médiatiques. Ils ont déclaré qu'il n'est pas toujours possible de contrôler les messages auxquels sont exposés les enfants à l'extérieur des frontières du Canada, en dehors des émissions qui leur sont destinées ou dans Internet. Ils ont toutefois mentionné qu'il est possible de les aider à comprendre comment les médias peuvent influencer leur comportement dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique.

Le Comité s'inquiète lui aussi du lien potentiel entre la publicité alimentaire visant les enfants et le surpoids et l'obésité chez les enfants. Il estime qu'un examen s'impose quant à l'efficacité de l'autoréglementation actuelle de la publicité et à l'interdiction en vigueur dans certaines compétences. Cet examen devrait indiquer s'il y a lieu de renforcer les deux codes et, le cas échéant, de quelle façon. Le Comité s'inquiète en outre de l'incidence sur les enfants de la cyberpublicité sur des aliments, et il croit qu'il faut se pencher sur la possibilité de réglementer ce genre d'activités. Le Comité recommande par conséquent :

**L'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et Statistique Canada;**

- **veille à ce que les mesures soient axées à la fois sur une saine alimentation et sur l'activité physique;**
- **instaura un mécanisme permanent de consultation des organisations des Premières nations et des Inuits ainsi que d'autres organisations autochtones nationales.**

## **I. Contrôler la publicité alimentaire s'adressant aux enfants**

À l'heure actuelle, toute la publicité sur les aliments et les boissons au Canada est assujétie à un code d'autoréglementation de l'industrie, sauf au Québec, où il est interdit de cibler les enfants dans la publicité. Ce *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants* « doit aider les annonceurs et les publicitaires à préparer des messages publicitaires qui tiennent compte des traits particuliers de l'auditoire auquel ils s'adressent ». Les diffuseurs au Canada (à l'exclusion du Québec) ont accepté de s'y conformer aux termes des conditions d'obtention de leur licence auprès du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC), qui, en vertu de la *Loi sur le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes*, peut réglementer l'industrie de la diffusion. La publicité ciblant les enfants est également assujétie au *Code canadien des normes de publicité*, lequel prévoit que la « publicité qui est destinée aux enfants ne doit pas exploiter leur crédulité, leur inexpérience ou leur esprit d'acceptation, ni présenter des informations ou illustrations aptes à leur causer un tort physique, émotif ou moral ». Les Normes canadiennes de la publicité est l'association de l'industrie qui administre ces deux codes.

Beaucoup de témoins ont fait valoir que le *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants* et le *Code canadien des normes de publicité* devraient être renforcés et qu'une des mesures à prendre pour lutter contre l'obésité juvénile serait de décourager la publicité pour les aliments et boissons hypercaloriques à faible valeur nutritive. Selon eux, la moins forte prévalence de surpoids/d'obésité juvénile au Québec s'expliquerait en partie par l'interdiction en vigueur dans la province. D'autres, en revanche, ont affirmé qu'il n'y avait aucune corrélation entre l'interdiction de la publicité et l'obésité juvénile en signalant que celle-ci avait augmenté au Québec au cours des 25 dernières années malgré l'interdiction. Le système d'autoréglementation en place est suffisant, d'après eux. Ils ont également précisé que le CRTC n'avait aucun droit de regard sur le contenu de la publicité alimentaire diffusée au Canada depuis l'extérieur du pays. De plus, les services étrangers offerts par les cablodistributeurs ne sont pas tenus de se conformer aux codes et règlements canadiens. Ces témoins ont également insisté sur l'absence de loi ou de règlement particulier concernant la publicité sur les aliments sur Internet, alors que de nombreux jeux interactifs en ligne, qui fascinent les enfants, sont axés sur des marques et des produits ou encore des personnages associés à des marques.

Les témoins ont souligné la nature compliquée de l'appareil étatique fédéral et ont demandé que des mesures soient prises afin de limiter les cloisonnements créés par les structures du gouvernement fédéral. Un certain décloisonnement améliorerait les communications et favoriserait une approche plus holistique dans les secteurs de la santé publique, de la politique fiscale, de l'éducation, de l'aide sociale, des politiques sur les aliments et du sport.

Pour les enfants des Premières nations et les petits Inuits, la situation est encore plus compliquée. Les deux principaux ministères — Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada — qui administrent les programmes pertinents font une distinction entre les enfants et les familles qui habitent dans les réserves (Premières nations), ceux qui vivent hors réserve et ceux qui habitent dans les secteurs visés par les revendications territoriales (Inuits). Ainsi, lorsque les parents et les autres responsables parmi les Indiens inscrits et les Inuits reconnus s'en vont dans les grands centres urbains, les enfants cessent d'avoir accès à la plupart des programmes offerts dans les réserves et les secteurs visés par les revendications territoriales.

Plusieurs témoins du Royaume-Uni ont fait remarquer que l'objectif de mettre un frein à l'obésité juvénile dans leur pays d'ici 2010 implique la collaboration de trois ministères (Santé, Culture, Médias et Sport; Éducation et Compétences) dont chacun assume la responsabilité d'aspects particuliers. Ils ont également insisté sur la nécessité d'obtenir un consensus et la participation de multiples intervenants, et ils ont mentionné que les efforts pour atteindre un objectif doivent comporter des partenariats avec d'autres ministères et organismes gouvernementaux, des responsables locaux, des entreprises et des organisations de bienfaisance. De plus, l'objectif du Royaume-Uni étant lié à des ressources précises, il importe de définir clairement les rôles de chacun et d'assurer la coordination entre tous les intervenants afin de faire en sorte que les ressources soient affectées aux interventions les plus appropriées et efficaces et aux enfants les plus à risque.

S'inspirant de l'expérience du Royaume-Uni et reconnaissant la nécessité d'un mécanisme de coordination au niveau fédéral, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 8

### Que le gouvernement fédéral :

- nomme immédiatement un ministre ou un organisme responsable des mesures interministérielles fédérales visant un poids santé chez les enfants;

- confie la mise en œuvre des mesures à divers ministères, notamment Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le ministère des Finances, Affaires indiennes et du Nord Canada, Sport Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada, Ressources humaines et Développement social Canada,

Le Comité est très conscient du fait que l'environnement des enfants influe sur le maintien d'un poids santé. Il comprend que les enfants se heurtent à des obstacles sociaux, économiques, physiques et autres qui peuvent les empêcher d'avoir accès à des aliments sains et de s'adonner à une activité physique de qualité. Il sait que tout objectif de freiner ou de réduire l'obésité ne peut être atteint que par des interventions dont l'efficacité est établie. Il convient qu'il est nécessaire d'avoir une capacité de recherche accrue pour pouvoir comprendre les principaux déterminants d'un poids santé chez les enfants et pour déterminer de quelle façon affecter les ressources afin de continuer à favoriser l'atteinte des objectifs. Le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 7

**Que le gouvernement fédéral :**

- renforce la capacité de recherche pour l'ensemble des déterminants de la santé influant sur le poids santé des enfants;
- veille à ce que la recherche soit axée à la fois sur une activité physique de qualité et sur des choix éclairés en matière d'alimentation;
- confie les travaux de recherche à divers ministères et organismes, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences humaines, Statistique Canada, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada;
- établisse des éléments de recherche distincts pour les déterminants de la santé des enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis.

## H. Instaurer un mécanisme de coordination

De nombreux témoins ont évoqué la difficulté d'organiser une initiative fédérale globale faisant intervenir les multiples ministères et organismes fédéraux jouant un rôle prépondérant dans le domaine de l'obésité juvénile. Le Comité a entendu, en plus de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, le témoignage de Finances Canada, d'Affaires indiennes et du Nord Canada, de Sport Canada, de Patrimoine canadien, d'Infrastructure Canada, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et de Statistique Canada. Par ailleurs, une partie du mandat d'autres ministères, comme Agriculture Canada et Ressources humaines et Développement social, est aussi pertinente à notre sujet d'étude.

L'une des principales lacunes de la recherche sur l'obésité concerne les enfants autochtones. Les enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis ont rarement fait l'objet de recherche sur la santé, et la connaissance des taux d'obésité juvénile se limite à quelques collectives qui ont fait l'objet de nombreuses études. Pour ces populations, les recherches ne peuvent se contenter de documenter l'apport alimentaire et les niveaux d'activité des enfants. Elles doivent comprendre des renseignements sur les facteurs communautaires qui contribuent à l'obésité. Il est essentiel de comprendre, mesurer et modifier l'ensemble de l'environnement physique, social et économique si l'on veut parvenir à réduire les taux d'obésité. Il faut que les organismes de recherche fédéraux, comme l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC et le Centre national de collaboration de la santé autochtone, orientent leurs travaux avec précision.

Le gouvernement fédéral finance la recherche sur l'obésité juvénile principalement par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada. Leurs travaux portent surtout sur le diabète et les autres maladies connexes, mais il est difficile de dire la proportion dans laquelle la recherche financée par le gouvernement fédéral est axée sur la prévention et les divers déterminants ayant un effet sur l'apport alimentaire et le niveau d'activité physique. Afin de réaliser un plus grand nombre de projets orientés sur les aspects culturels, comportementaux, économiques et non médicaux de l'obésité juvénile, on pourrait faire appel à d'autres organismes subventionnaires fédéraux, comme le Conseil de recherches en sciences humaines, pour élaborer de nouvelles approches. Les grands domaines d'études doivent notamment se rattacher à la pauvreté, à la culture, à l'identité et à l'estime de soi. Par ailleurs, si ces organismes subventionnaires fédéraux constituent la ressource la plus indispensable pour la plupart des chercheurs universitaires, le Comité estime que les ministères et organismes responsables des mesures fédérales devraient développer leurs propres programmes de recherche pour évaluer et appuyer diverses mesures stratégiques. Par exemple, Statistique Canada aurait un rôle de premier plan à jouer dans la collecte et l'évaluation de données, tandis que Ressources humaines et Développement social Canada pourrait se pencher sur des questions pertinentes comme l'incidence de la pauvreté sur les familles. De même, Infrastructure Canada pourrait étudier les conséquences de l'utilisation du sol sur l'accès à la nourriture et aux installations pour l'activité physique.

## G. Accroître la capacité de recherche multidimensionnelle

- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.
- qui réunit et rend accessible de l'information en diverses langues en fonction des groupes ethnoculturels du pays, notamment les Premières nations, les Inuits et les Métis;

municipalités déploient des efforts pour éliminer la malbouffe dans les écoles et promouvoir une plus grande activité physique. Les initiatives communautaires incitant les enfants à aller jouer dehors librement sont perçues comme une façon de contrer les horaires trop stricts et structurés pouvant contribuer à l'obésité. Les organismes qui mesurent les niveaux d'activité des enfants canadiens soulignent qu'ils varient en fonction de l'âge, du sexe, du quartier, etc., et indiquent que moins de la moitié des enfants aiment vraiment les cours d'éducation physique donnés à l'école. Quelle que soit l'initiative ou la méthode utilisée, les témoins ont mis l'accent sur la nécessité d'évaluer l'efficacité et ce qui est peut-être plus important encore, de diffuser les résultats de ces évaluations.

Le Comité est particulièrement attentif aux restrictions juridictionnelles touchant les initiatives en matière d'éducation, de la nutrition, des programmes d'activité physique et du cadre municipal bâti. Il croit cependant que, même dans les domaines où le gouvernement fédéral peut jouer un rôle limité, comme avec les clients fédéraux, il devrait y avoir un mécanisme à la disposition de tous les ordres (province, territoire, municipalité, collectivité ou commission scolaire), permettant d'échanger des données sur des initiatives précises. Il ne s'agit pas seulement des pratiques exemplaires et prometteuses, mais aussi des programmes qui n'ont peut-être pas donné les résultats attendus. Ce genre d'échange du savoir pourrait contribuer à accélérer l'application des programmes au pays.

Le Comité a cerné plusieurs éléments clés de la réussite des interventions concernant l'activité physique et l'alimentation : les points de vue des enfants sont essentiels; les mesures doivent être multidimensionnelles; les parents doivent jouer un rôle; l'environnement des enfants (c.-à-d. la maison, la salle de classe, l'école, la collectivité) doit être modifié. De plus, le Comité est conscient de la valeur d'un dépôt central d'information à jour, facile à tenir et accessible concernant les pratiques exemplaires et les leçons retenues en ce qui a trait aux initiatives visant un poids santé. Le transfert accru de connaissances facilitera le repérage des interventions les plus efficaces et permettra d'orienter les programmes permanents de manière à favoriser l'atteinte des objectifs. Le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 6

### Que le gouvernement fédéral :

- Crée un mécanisme d'échange du savoir relatif au poids santé des enfants :
  - qui met l'accent tant sur l'activité physique que sur des choix éclairés en matière d'alimentation,
  - qui diffuse les recherches en cours et publiées, les résultats des évaluations, les pratiques exemplaires, prometteuses et stériles, etc.,

Des témoins ont présenté des informations sur de multiples initiatives liées à l'obésité juvénile, certaines ayant porté fruit, d'autres nécessitant des ajustements, et d'autres encore qui n'en étaient qu'à leurs premières étapes. Des provinces et des

## F. Collaborer à la mise sur pied d'un centre d'échange du savoir

- recueille à titre régulier et continu des données sur un poids santé chez les enfants;
- donne accès aux données sur les niveaux d'activité physique et sur les choix en matière d'alimentation;
- fournisse des données provenant de diverses mesures biométriques, notamment l'indice de masse corporelle, le rapport taille-hanches et la circonférence abdominale;
- recueille également des données sur divers groupes ethnoculturels et socioéconomiques, et plus particulièrement les Inuits;
- collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

Que le gouvernement fédéral :

## RECOMMANDATION 5

Le Comité est convaincu de la nécessité de brosser un portrait global de l'obésité juvénile au Canada. Il souhaite que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de colliger des données compatibles et cohérentes sur la question. Le Comité recommande :

Des témoins ont insisté sur la nécessité de recueillir et de surveiller des données à titre permanent, de les analyser de façon systématique et d'en faire régulièrement l'évaluation afin de déterminer les progrès accomplis et de faire des mises au point au besoin. Ils ont demandé la tenue périodique d'enquêtes nationales permettant de mieux comprendre les rapports entre l'obésité et les besoins de groupes particuliers en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du lieu de résidence, de la situation socioéconomique, etc.

hanches, en ce qui concerne les enfants autochtones. Ils ont précisé qu'il n'existe aucun portrait national cohérent de la population inuite. Ainsi, le Système national de surveillance du diabète recueille des données sur les taux de diabètes chez les Inuits des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut; Santé Québec en recueille au Nunavik; et aucune donnée n'est recueillie au Nunatsiavut (Labrador).

consommation globale de gras — saturés, non saturés et trans — et juge impératif d'éliminer les gras trans de l'alimentation, car on sait qu'il n'y a pas de seuil sécuritaire en deçà duquel leur consommation est sans danger pour sa santé.

Pour donner suite aux préoccupations sur les gras trans, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 4

**Que le gouvernement fédéral :**

- adopte d'ici 2008 un règlement qui limite la teneur en gras trans des aliments, comme le recommande le Groupe de travail sur les gras trans, sans toutefois que n'augmente celle en gras saturés.

## E. Recueillir des données relatives aux objectifs

Des témoins ont mentionné la nécessité de fonder les objectifs et les initiatives sur des données quantitatives et qualitatives cohérentes et fiables. Ils ont fait remarquer que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2004 par Statistique Canada était la première à vraiment mesurer et peser les enfants plutôt que de demander aux enfants ou aux parents de fournir ces renseignements. Il s'agit aussi de la première enquête en 35 ans à recueillir de l'information détaillée sur la consommation d'aliments et de boissons. L'Enquête de 2004 a évalué l'activité physique des enfants, tandis qu'en 2000 et 2005, l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie a recueilli des données sur les enfants au moyen de son Sondage indicateur de l'activité physique. En ce qui a trait aux enfants des Premières nations, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations de 2002-2003 a recueilli des données sur leur taille et leur poids auprès de leur famille dans 238 collectivités du Canada. Dans l'ensemble, l'échantillon représentait environ 6 p. 100 des enfants des Premières nations au Canada ayant moins de 11 ans, et environ 10 p. 100 des adolescents des Premières nations âgés de 12 à 17 ans.

En ce qui concerne l'obésité juvénile, des témoins ont fait remarquer qu'il manquait des données importantes. Non seulement les données sur la prévalence de l'obésité sont limitées, mais des données longitudinales sur l'apport alimentaire et l'activité physique sont nécessaires. Sans un portrait complet et exact de la situation actuelle, il est difficile d'établir des objectifs quantitatifs précis et de déterminer le niveau de ressources requis pour améliorer les choses. Bien qu'il n'y ait pas de poids santé précis qui s'applique à tous les enfants d'un âge donné ou d'une certaine taille, les données permettent d'établir un point de référence et de suivre ensuite les tendances de l'obésité juvénile.

Des témoins ont insisté sur l'importance d'obtenir et d'analyser des données propres aux enfants autochtones. De plus, ils ont signalé qu'il existe peu de données sur les enfants inuits. Par ailleurs, ils ont remis en question l'exactitude et la pertinence de divers indicateurs nationaux reconnus, comme l'indice de masse corporelle et le ratio taille-

Que le gouvernement fédéral :

- mette en œuvre un système simple, normalisé et obligatoire d'étiquetage sur le devant des emballages des produits alimentaires préemballés qui permettrait de prendre facilement connaissance de la valeur nutritive d'un produit;

- instaure ce système progressivement en commençant par les aliments dont la publicité vise principalement les enfants;

- fasse connaître le nouveau système d'étiquetage aux parents au moyen d'une campagne publicitaire dynamique.

#### D. Limiter les gras trans

Certains témoins ont proposé d'éliminer les gras trans industriels de l'alimentation. On trouve certes de faibles quantités de gras trans naturels dans certains aliments d'origine animale, mais les gras trans sont en général le produit d'un procédé industriel qui traite les gras non saturés, comme les huiles végétales, de manière à leur donner une structure moléculaire semblable à celle des gras saturés. La majorité des gras trans est consommée sous forme de shortening et de margarine, d'aliments cuits au four qui en contiennent — comme les gâteaux, biscuits, pains — ou d'aliments frits dans une matière grasse de ce type — comme les croustilles et les frites déjà précuites destinées au commerce. Il est bien connu que les gras saturés sont une cause de cardiopathies du fait qu'ils élèvent la teneur du sang en « mauvais » cholestérol. Toutefois, on sait maintenant que les gras trans sont encore plus dangereux, car en plus d'éllever la teneur du sang en « mauvais » cholestérol, ils abaissent sa teneur en « bon » cholestérol.

Au début de 2005, un groupe de travail multipartite sur les gras trans a été créé et chargé de formuler des recommandations et des stratégies permettant d'éliminer ou de réduire le plus possible les concentrations de gras trans industriels dans les aliments vendus au Canada. Dans son rapport final, qu'il a publié en juin 2006, il a recommandé d'atteindre ce but par la réglementation. Une de ses recommandations propose de limiter par règlement à 5 p. 100 de leur teneur totale en gras la teneur en gras trans des aliments achetés par les établissements de commerce de détail et les établissements de restauration. Le groupe recommande aussi d'établir cette réglementation d'ici à juin 2008.

Le Comité conçoit que les gras trans ne contribuent pas en soi au problème de l'obésité, mais il n'en tient pas moins à signaler qu'ils aggravent les effets du surpoids sur la santé. Même s'il a appris que la consommation de gras trans a diminué depuis que l'étiquetage sous forme de tableau de la valeur nutritive est devenu obligatoire, il veut encourager tous les Canadiens, mais surtout les enfants, à continuer de réduire leur

- élaborer et diffuser des outils éducatifs simples, conviviaux, multilingues, adaptés aux différentes cultures et destinés, entre autres, aux parents, aux enfants, aux enseignants, aux professionnels de la santé et aux planificateurs communautaires, etc.;
- collaborer avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.

### C. Instaurer l'étiquetage obligatoire sur le devant de l'emballage

Le Comité a entendu des témoignages de Santé Canada, à qui *Loi sur les aliments et drogues* confère la responsabilité de réglementer l'étiquetage alimentaire, et de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, qui est chargée de l'application de la réglementation. La réglementation sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire sous forme de « tableau de la valeur nutritive » pour la plupart des aliments préemballés s'applique aux grandes entreprises depuis le 12 décembre 2005. Les étiquettes doivent indiquer la valeur calorique par portion ainsi que la teneur d'au moins 13 nutriments principaux.

Le Comité a appris que même si le tableau contient des renseignements utiles et qu'il est plus facile à interpréter que son prédécesseur, les étiquettes sont peut-être encore trop compliquées et prennent trop de temps à décoder. Beaucoup d'entre eux ont aussi fait valoir que le système d'étiquetage devrait être simplifié. Ils ont donné en exemple le symbole des feux de circulation utilisé au Royaume-Uni et le programme Visez santé mis au point par la Fondation des maladies du cœur du Canada. Ils ont fait valoir qu'une simple étiquette apposée sur l'espace principal (devant) de l'emballage permet aux parents et aux enfants de faire des choix éclairés en matière d'alimentation.

La prolifération de logos non réglementés, apposés sur l'espace principal (devant) des emballages, fondés sur divers critères et présentant des renseignements différents a semé la confusion et la méfiance chez les consommateurs. Même si la plupart des témoins ont indiqué qu'ils appuyaient un système d'étiquetage simplifié, d'autres ont expliqué au Comité qu'il était important de veiller à ce que toute nouvelle exigence n'entraîne pas une augmentation du prix des aliments. Le Comité estime que l'étiquetage simplifié peut faire fond sur l'information déjà contenue dans le tableau de la valeur nutritive et ne devrait donc pas entraîner une augmentation substantielle du coût des produits.

Le Comité insiste pour que le gouvernement fédéral instaure sans tarder un système d'étiquetage qui soit clair et simple et recommande :

avec les enfants, comme leurs parents, leurs médecins et leurs enseignants. Mais surtout, les témoins ont signalé la diversité des communautés ethnoculturelles et la nécessité d'élaborer des messages pertinents et multilingues.

Des témoins ont insisté sur la nécessité de formuler des messages clairs afin d'éviter de créer la confusion avec des messages multiples et différents. Plusieurs tenaient à ce que la campagne ne condamne pas certains aliments et ne stigmatiser pas les enfants présentant déjà un excédent de poids ou souffrant déjà d'obésité. Certains estimaient nécessaire de recourir à des campagnes indépendantes et nettement différentes pour promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique. D'autres étaient d'avis que la campagne devrait être axée principalement sur l'équilibre entre les calories absorbées (nourriture) et les calories dépensées (activité physique).

Le Comité est au fait de récentes campagnes à court terme entreprises par le gouvernement fédéral pour promouvoir l'activité physique et une saine alimentation. La campagne publicitaire imprimée *Encourager la participation des enfants aux activités physiques — promouvoir le crédit d'impôt pour la bonne condition physique des enfants* et les campagnes publicitaires télévisées visant une alimentation saine s'adressent aux parents. Elles font partie de l'initiative Canadiens en santé menée conjointement par Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada. Le Comité est aussi conscient du fait que le gouvernement fédéral a prévu de verser une contribution sur deux ans visant le rétablissement de ParticipACTION, un organisme sans but lucratif qui a fait la promotion du conditionnement et de l'activité physiques depuis les années 1970 jusqu'à la fin des années 1990. Le Comité appuie ces efforts et demande le lancement d'une vaste campagne multimédia à long terme de sensibilisation du public présentant une diversité culturelle et faisant intervenir des écoles, des professionnels de la santé, des planificateurs communautaires et d'autres parties responsables afin de favoriser un poids santé chez les enfants. Par conséquent, le Comité recommande :

## RECOMMANDATION 2

### Que le gouvernement fédéral :

- entreprenne une vaste campagne de sensibilisation à un poids santé chez les enfants;
- présente l'activité physique de qualité et des choix éclairés en matière d'alimentation comme des éléments clés de la campagne;
- tire parti de tous les médias disponibles dans toutes les régions du pays;

Le Comité estime que la période de quelques années précédant les Jeux olympiques de 2010 qui se dérouleront à Vancouver est le moment opportun de mettre un frein à l'obésité juvénile. Il veut aussi atteindre un objectif de santé à plus long terme, soit la réduction de la prévalence de l'obésité chez les enfants d'ici 2020. D'autres recommandations portent sur d'importantes mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour assurer l'atteinte de ces objectifs, notamment des mesures immédiates pour mettre un terme à l'obésité chez les membres des Premières nations et les Inuits relevant de la compétence fédérale, et la présentation au Parlement d'un rapport d'étape concernant tous les objectifs. La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* prévoit que l'administrateur en chef peut établir et publier un rapport sur toute question de santé publique, et le Comité croit que ce pourrait être un moyen de présenter un rapport annuel au Parlement. Le Comité recommande donc :

## RECOMMANDATION 1

### Que le gouvernement fédéral :

- fixe les objectifs suivants qui favoriseront un poids santé chez les enfants grâce à l'activité physique et à une saine alimentation :

- arrêt de la progression de l'obésité chez les enfants d'ici 2010,

- réduction du taux d'obésité chez les enfants, le portant de 8 à au moins 6 p. 100 d'ici 2020;

- mette en œuvre, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, des mesures immédiates visant à mettre un frein à l'obésité chez les enfants des Premières nations et des Inuits;

- présente au Parlement un rapport annuel sur l'ensemble des efforts déployés pour favoriser un poids santé chez les enfants et sur les résultats obtenus.

### B. Mettre en œuvre une vaste campagne de sensibilisation du public

Des témoins ont insisté sur la nécessité de mettre sur pied une vaste campagne de sensibilisation du public. Ils ont insisté sur l'importance de prendre en compte à la fois l'activité physique et les choix éclairés en matière d'alimentation pour favoriser un poids santé chez les enfants. Ils ont décrit divers éléments qu'une telle campagne devrait comporter et désigné certains auditoires à cibler. Plusieurs ont mentionné la difficulté d'atteindre les enfants au moyen de messages neutraux les publicités qui annoncent des aliments ou des jeux vidéo et qui sont omniprésentes. D'autres estimaient qu'il fallait avant tout concevoir des messages à l'intention des adultes qui ont des contacts privilégiés

objectifs en matière de saine alimentation et de poids santé. Le gouvernement fédéral devrait harmoniser ses objectifs de santé en conséquence de manière à créer une plus grande synergie et à accélérer le changement.

De plus, le Comité comprend que, pour obtenir un changement durable à long terme, le gouvernement fédéral ne peut agir seul. C'est pourquoi il croit fermement que tous les Canadiens doivent participer à des efforts concertés et coordonnés pour réduire le surpoids et l'obésité chez les enfants. D'abord et avant tout, il veut que le gouvernement fédéral consulte les enfants. Lorsque les ministères et organismes fédéraux décident de déployer les efforts nécessaires pour promouvoir un poids santé chez les enfants, ils ont le devoir d'établir des liens avec les enfants qui seront directement touchés par ces initiatives et de les écouter. Les familles jouent aussi un rôle clé dans la lutte contre l'obésité juvénile, et le gouvernement fédéral doit savoir comment il peut les aider à se fixer des objectifs relatifs à des choix de nourriture et d'activité physique qui peuvent renforcer et maintenir les changements apportés à leur vie. Dans l'ensemble, le Comité voit de grandes possibilités de partenariats faisant intervenir les gens, les écoles, les collectivités, les entreprises, les organisations non gouvernementales ainsi que les gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux.

## **A. Établir des objectifs précis et mesurables**

Plusieurs témoins ont mentionné l'importance d'établir des objectifs pour lutter contre l'obésité juvénile. Certains ont attiré l'attention sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains qui a reçu l'approbation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en octobre 2005 et qui propose des objectifs pour aider les Canadiens à atteindre un poids santé grâce à l'activité physique et à une saine alimentation. Des témoins du Royaume-Uni ont parlé de l'objectif précis, fixé en 2004, de freiner l'augmentation du nombre d'enfants obèses de moins de 11 ans d'ici 2010. Cet objectif a été établi à la suite de la hausse rapide de la proportion d'enfants obèses qui est passée de 9,6 p. 100 en 1995 à 13,7 p. 100 en 2003.

Selon un témoin, le Royaume-Uni essaie de lutter contre l'obésité juvénile sur plusieurs fronts au moyen de plans d'action relatifs à l'alimentation et à l'activité physique. Des objectifs ou des buts assortis d'échéanciers à cet égard ont été établis. Ainsi, grâce à l'objectif de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, les enfants reçoivent depuis 2005 un fruit ou un légume chaque jour de classe. L'objectif en matière d'activité physique était de donner à chaque enfant de 5 à 16 ans deux heures d'activité physique ou sportive de qualité chaque semaine; en 2006, 75 p. 100 de cet objectif avait été atteint.

Le Comité est convaincu que le Canada doit avoir certains objectifs précis et mesurables pour favoriser l'atteinte d'un poids santé pour un plus grand nombre d'enfants. En 1978, seulement 3 p. 100 des enfants et des adolescents de deux à 17 ans étaient considérés comme obèses en 1978; en 2004, ce pourcentage était passé à 8 p. 100. Les taux combinés de surpoids et d'obésité sont passés de 15 p. 100 en 1978 à 26 p. 100 en 2004.

Le Comité reconnaît que l'obésité juvénile est un problème complexe et multidimensionnel auquel il faut s'attaquer sans tarder. Les deux principales variables que sont l'apport alimentaire et l'activité physique exigent des mesures simultanées mais distinctes. Chacune de ces variables est, à son tour, influencée par l'interaction complexe de divers facteurs sociaux, économiques et environnementaux dont il faut tenir compte.

Il est nécessaire de prendre des mesures précises et d'obtenir un engagement de ressources adéquates de la part du gouvernement pour lutter contre ce problème qui touche de plus en plus d'enfants au Canada. Le Comité reconnaît toutefois qu'il n'y a pas de solution unique ni de recette miracle à cet égard. Il comprend donc qu'une démarche globale et multisectorielle est essentielle pour tous les enfants du Canada. Il est également conscient du fait qu'il faut prendre des mesures spéciales pour certains groupes d'enfants compte tenu de leur situation particulière, notamment les enfants des Premières nations et des Inuits.

Le Comité est avant tout conscient du chevauchement de compétences en ce qui a trait à cette question. Les mesures fédérales qu'il recommande respectent les responsabilités provinciales et territoriales et insistent sur la collaboration fédérale-provinciale-territoriale. Tous les gouvernements, c'est-à-dire les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, doivent coopérer avec les enfants et les parents, les écoles, le milieu de la santé, les quartiers et les entreprises afin de mettre un frein à l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité.

Toutefois, le Comité souhaite voir des changements des maintenant dans les domaines relevant de la compétence fédérale — à commencer par la sphère de responsabilité directe que représentent les Premières nations et les Inuits, là où l'on a grand besoin, plus que nulle part ailleurs, d'une approche globale, coordonnée et fondée sur la collaboration. Les deux principaux ministères, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, administrent des programmes sur la santé des enfants de façon isolée, chacun de son côté. D'autres ministères et organismes administrent aussi quelques grandes mesures. Les Instituts de recherche en santé du Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada et d'autres organismes accordent des fonds pour des programmes relevant de leur mandat respectif sans se consulter les uns les autres, ni avoir mis en place de structure à cet égard.

Afin de lutter contre l'obésité juvénile sur deux plans, soit dans les secteurs relevant directement du gouvernement fédéral et grâce à une collaboration fédérale-provinciale-territoriale, le Comité estime qu'il est essentiel d'établir des objectifs en matière de santé. Le fait de fixer des objectifs et de définir des indicateurs précis de la santé aidera à surveiller les progrès accomplis. Le Comité partage également l'avis de nombreux témoins qui croient que les mesures fédérales devraient être axées sur la promotion de deux enjeux positifs favorisant un poids santé chez les enfants, soit des choix sains en matière d'alimentation et de l'activité physique de qualité, plutôt que sur un seul enjeu négatif, à savoir l'obésité juvénile. Les provinces et les territoires ont déjà adopté des objectifs en matière d'activité physique, et un grand nombre ont également des

Des représentants des organisations des Premières nations et des Inuits ont souligné qu'il subsiste à l'échelle de la collectivité de nombreux obstacles administratifs concernant la gestion des programmes appuyés par Santé Canada et par Affaires indiennes et du Nord Canada. Ils ont signalé que les collectivités sont structurées comme le gouvernement fédéral, c'est-à-dire sans communication entre les divers secteurs. Ce manque de souplesse empêche donc de transférer des ressources au besoin, d'établir les priorités ou de déterminer quand il faut recruter du personnel spécialisé supplémentaire. Ils ont ajouté que ces rigidités les empêchent également d'adopter une stratégie globale où les responsables de tous les secteurs (santé, éducation, services sociaux, etc.) pourraient travailler ensemble. Ils ont soutenu qu'il est possible de promouvoir un poids santé pour les enfants des Premières nations et des Inuits dans les programmes d'apprentissage de la petite enfance et les programmes parascolaires ainsi que dans le cadre de diverses initiatives communautaires.

De plus, des témoins ont fait remarquer qu'un grand nombre des programmes destinés aux Premières nations et aux Inuits se poursuivent sous forme de projets pilotes depuis des années, ce qui laisse croire aux collectivités qu'ils pourraient être interrompus à tout moment. Ces projets sont souvent quinquennaux au départ et ensuite renouvelés annuellement. Les témoins ont soutenu que cette façon de procéder génère de l'instabilité pour le personnel et empêche des changements permanents dans la vie d'un enfant de même que dans la collectivité qui le soutient.

Des témoins nous ont également parlé d'un vide administratif puisque le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires hésitent tous à assumer certaines responsabilités et estiment que celles-ci ne relèvent pas de leur ressort. Bien que les représentants des Premières nations ont déclaré que le gouvernement fédéral avait bien une obligation fiduciaire distincte en vertu des traités et des droits inhérents, peu importe où résident leurs membres, les représentants de Santé Canada et d'Affaires indiennes et du Nord Canada ne nous ont parlé que des services fournis dans les réserves. Cette ligne de partage entre les services fournis dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci revêt une importance particulière pour la santé et le bien-être des enfants vivant en milieu urbain. Dans certains cas, le programme n'est tout simplement pas offert, et dans d'autres, l'enfant peut ne plus avoir accès au programme s'il déménage.

Pour les enfants inuits, le financement représente un problème. La plupart des initiatives sont fondées sur une analyse des coûts par tête. Cette approche ne tient pas compte des problèmes que pose l'accès au programme et d'autres difficultés que doivent surmonter les populations du Nord et des régions éloignées. Elle ne tient pas compte plus des besoins particuliers des petites collectivités. Pour les enfants inuits vivant à l'extérieur de la région revendiquée par leur peuple, il faut prévoir des fonds et des programmes comportant des composantes spécifiques pour les Inuits. Pour les projets en milieu urbain, il est difficile de déterminer les fonds spécifiques consacrés aux Inuits puisqu'ils sont souvent inclus dans le financement global accordé pour tous les peuples autochtones.

## PARTIE 5 : QUELS SONT LES PROBLÈMES PROPRES AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUITS?

Il est clair que la santé des enfants des Premières nations et des Inuits et des autres enfants autochtones subit les effets des mêmes déterminants que celle de l'ensemble de la population canadienne. Les facteurs qui influent sur la prévalence de l'obésité juvénile, comme le revenu, le lieu de résidence, l'environnement physique et d'autres déterminants ne sont pas propres aux Premières nations et aux Inuits. C'est pourquoi les problèmes liés à l'obésité juvénile qui concernent l'ensemble de la population canadienne, touchent également les Premières nations et les Inuits.

Il n'en reste pas moins que le Comité est pleinement conscient du fait que l'état de santé global des membres des Premières nations et des Inuits et de leurs enfants est beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne. C'est pourquoi il faut adopter une approche distincte à l'égard des enfants des Premières nations et des Inuits. Les cas de surpoids et d'obésité observés chez les enfants de ces populations sont en effet deux fois plus fréquents que pour l'ensemble de la population canadienne. Les taux plus élevés de surpoids et d'obésité observés chez les enfants des Premières nations se traduisent par une plus grande incidence des cas de diabète de type 2 (maladie ne prêtant pas à déclaration obligatoire) lorsque ces enfants atteignent l'adolescence.

Le gouvernement fédéral est directement responsable des facteurs qui influent sur la santé des enfants des Premières nations et des Inuits. Pour les Indiens inscrits et les Inuits reconnus, Santé Canada est le principal responsable de la prestation des services de santé et Affaires indiennes et du Nord Canada s'occupe de l'éducation et de l'aide sociale. D'autres ministères ont un rôle de soutien important à jouer puisqu'ils financent des programmes qui ont une incidence sur les grands déterminants de la santé.

Le gouvernement fédéral a recours au même enchevêtrement de mesures sectorielles pour les enfants des Premières nations et des Inuits que pour le reste de la population canadienne. De plus, de nombreux programmes fédéraux ont adopté une approche unique pour l'ensemble des Autochtones qui laisse croire que ces peuples forment un groupe homogène et qui camoufle donc la diversité de ces groupes tous reconnus par la Constitution, c'est-à-dire « des Indiens, des Inuits et des Métis du Canada ».

Par conséquent, il est parfois difficile de retracer certains investissements fédéraux consacrés spécifiquement aux Premières nations et aux Inuits. Ainsi, même si les transferts fédéraux pour les soins de santé et les programmes sociaux sont apparemment calculés à l'aide des statistiques sur les Premières nations, Finances Canada ne surveille pas s'ils sont consacrés aux enfants des collectivités des Premières nations. De plus, bien que Sport Canada se soit engagé à développer le sport et les loisirs dans l'ensemble de la population autochtone, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada n'ont pas participé à cette entreprise en appuyant la promotion de la santé au sein de la collectivité ou de l'éducation physique dans les écoles.

maternelle à la sixième année. Il prévoit en outre la promotion des aliments sains et l'interdiction de la malbouffe dans les écoles. Les activités d'intervention débordent le cadre scolaire et sont conçues pour les familles, les organisations ou l'ensemble de la collectivité. On a évalué les effets à court et à long terme de ces activités sur les changements de comportements dans deux secteurs précis : l'activité physique et les habitudes alimentaires. On n'a observé aucun changement dans la pratique d'une activité physique chez les enfants, mais on a toutefois noté une réduction du temps consacré à la télévision durant les jours d'école. On a également remarqué une baisse générale de la consommation de boissons gazeuses, de croustilles et de frites et une augmentation de la consommation de lait faible en gras et de blé entier. Toutefois, malgré ces changements de comportement, la prévalence du surpoids ou de l'obésité est passée de 31 p. 100 en 1994 à 47 p. 100 en 2004. Des témoins ont souligné que plusieurs leçons pouvaient être tirées de cette initiative. Premièrement, environ la moitié des enfants commençant leur première année étaient déjà en situation de surpoids ou obèses, ce qui laisse entendre qu'il faut recentrer nos efforts sur les enfants d'âge préscolaire, les bébés, les familles et même les femmes enceintes. Les témoins ont également signalé que le nombre de minutes d'activités physiques dans les écoles a diminué pendant cette période. De plus, ils ont signalé qu'il faudrait mieux soutenir, tant sur le plan de l'organisation que des ressources, les travailleurs de première ligne qui sont chargés de mettre en œuvre le programme de prévention primaire. Surtout, le fait qu'on présente continuellement les résultats des recherches à la collectivité a permis de la convaincre de demeurer impliquée.

## D. Leçons retenues

Ces divers exemples montrent qu'il existe une vaste gamme de solutions créatives qui pourraient contribuer à réduire l'obésité juvénile. Des témoins ont demandé l'établissement de liens entre les centres d'échange du savoir et les carrefours d'information provinciaux, des mesures permettant l'échange d'information entre les différentes compétences et collectivités. Ils ont mentionné qu'il n'existait aucun mécanisme fédéral de coordination du financement pour les multiples ministères et organismes, et que de nombreuses initiatives mises en œuvre par les ministères fonctionnaient en vase clos. Ils ont souligné que les sommes investies dans les interventions au niveau communautaire sont ridicules lorsqu'on les compare aux milliards de dollars dont disposent les entreprises pour commercialiser les aliments et les jeux vidéo auprès des enfants et de leurs parents. Des témoins des régions nordiques ou éloignées ont fait remarquer que de nombreux programmes en place sont conçus pour les collectivités méridionales et ne conviennent pas toujours pour d'autres milieux, mais que les critères de financement exigent le recours à un modèle précis.

De plus, d'autres témoins ont réclamé l'évaluation des programmes en cours afin qu'un plus grand nombre d'interventions puissent être fondées sur des éléments probants. Ils souhaitaient savoir si les interventions actuelles visant le régime alimentaire et l'activité physique se révèlent des outils prometteurs et pourraient être reprises dans d'autres collectivités de tout le pays. Ils ont insisté sur la nécessité de fixer des objectifs et de recueillir l'information appropriée sur les indicateurs de la santé afin d'évaluer l'efficacité des mesures et de surveiller les progrès accomplis.

### **iii) Mettre en œuvre une approche multisectorielle**

Le gouvernement provincial de la Nouvelle-Écosse a adopté une approche à multiples facettes faisant intervenir plusieurs ministères et comportant divers partenariats qui vise un poids santé chez les enfants. Cette approche est axée sur une saine alimentation et sur l'activité physique efficace et elle englobe de nombreuses initiatives, notamment les suivantes : la stratégie *Active Kids, Healthy Kids* qui vise à accroître le nombre d'enfants et d'adolescents actifs tous les jours à l'école et dans la collectivité et à laquelle participent trois ministères (Sports et Loisirs, Santé et Éducation) et de nombreuses organisations non gouvernementales; la *Food and Nutrition Policy for Public Schools* qui fait intervenir deux ministères (Santé et Éducation) et qui présente les normes en matière d'aliments et de boissons servis et vendus dans les écoles; le crédit d'impôt pour un mode de vie sain qui fait intervenir deux ministères (Finances et Santé) et qui peut aller jusqu'à 500 \$ au titre de l'inscription d'enfants et d'adolescents à des activités sportives et récréatives admissibles qui favorisent de saines habitudes de vie. Pour la population autochtone, la province utilise le Tripartite Forum, composés de représentants des gouvernements fédéral et provincial et de Micmacs, afin de fixer des objectifs de saine alimentation et d'activité physique dans les écoles micmaques.

### **iii) Créer des milieux scolaires stimulants**

La commission scolaire régionale de la vallée d'Annapolis en Nouvelle-Écosse, grâce à une subvention versée dans le cadre de la Stratégie canadienne du diabète de Santé Canada, a adopté une stratégie de promotion de la santé en milieu scolaire afin de créer un environnement propice dans les écoles. L'objectif est de permettre aux enfants de faire des choix éclairés en matière de nutrition et d'activité physique dans leur quotidien et pour le reste de leur vie, et donc de réduire le risque qu'ils contractent des maladies chroniques. Les écoles ont recours à diverses stratégies, notamment organiser des foires sur la santé pour étudiants et parents, élaborer des manuels proposant de nouveaux jeux pour les récréations et l'heure du dîner, ouvrir les gymnases scolaires après les heures pour des activités sportives non compétitives, et accroître la disponibilité des fruits et légumes frais. Ces mesures ont permis de faire chuter de 59 p. 100 les cas de surpoids et de 72 p. 100 l'obésité dans les écoles participantes. Le gouvernement provincial a maintenant décidé d'étendre ce programme à environ 40 écoles puisqu'il n'était offert qu'à sept établissements au départ.

### **iv) Établir des partenariats (écoles, collectivités, chercheurs)**

Le projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake au Québec s'est amorcé en 1994 grâce à une subvention à la recherche sur la santé du gouvernement fédéral et il se poursuit grâce à l'aide financière fournie par des fondations privées, les IRSC et la collectivité. En vertu de ce modèle de partenariat entre la collectivité et les chercheurs, les citoyens avaient leur mot à dire sur les travaux de recherche et les données rassemblées devaient être utiles et pertinentes pour la collectivité. Le programme est axé sur la nutrition, l'activité physique et la prévention du diabète chez les enfants de la

#### **iv) Accroître la sensibilisation au moyen de l'étiquetage de face**

Diverses pratiques d'étiquetage de face ont été encouragées afin de permettre le repérage rapide d'aliments sains. Par exemple, le Royaume-Uni a mis en place un système d'étiquetage volontaire utilisant le symbole des feux de circulation pour permettre de faire la distinction entre les meilleurs aliments santé (feu vert), les aliments moins sains (feu jaune) et les aliments à ne consommer qu'à l'occasion (feu rouge) compte tenu de la teneur en gras, en gras saturés et en sel et du nombre de calories. Contrairement à l'étiquetage nutritionnel obligatoire qui est presque totalement en vigueur au Canada, l'étiquetage au moyen du symbole des feux de circulation se fait sur une base volontaire au Royaume-Uni, tout comme l'étiquetage nutritionnel d'ailleurs. Il y a aussi le programme Viser santé, qui a été créé en 1998 par la Fondation des maladies du cœur en consultation avec Santé Canada. Ce programme est fondé sur des critères nutritionnels précis, établis d'après le *Guide alimentaire canadien*. Les critères diffèrent selon les catégories d'aliments. En outre, diverses compagnies apposent des symboles semblables sur l'étiquette de face de leurs produits, comme Bien choisir de Pepsico, le Menu bleu du Choix du Président, et Solution sensée de Kraft. Ces programmes organisés à l'initiative des entreprises ne respectent aucun critère normalisé et ne sont soumis à aucun règlement précis. Ils ne reçoivent donc pas l'appui de Santé Canada et leurs critères sont établis par les fabricants eux-mêmes. Bien que l'information nutritionnelle présentée sur les emballages alimentaires puisse aider considérablement les parents et les enfants à choisir des aliments sains, certains témoins ont dit craindre que la prolifération de symboles et de logos concurrents ne crée qu'une plus grande confusion chez les consommateurs.

### **C. Pratiques prometteuses favorisant une saine alimentation et l'activité physique**

#### **i) S'adapter aux besoins**

*Action Schools! BC* est un modèle de pratiques exemplaires conçu pour aider les écoles de la Colombie-Britannique à créer des plans d'action individualisés pour promouvoir un mode de vie sain. Il ne s'agit pas d'un programme, mais d'un cadre offrant des ressources et des exemples de pratiques exemplaires pour faire en sorte que l'activité physique et une saine alimentation fassent partie intégrante des pratiques des écoles primaires. Il facilite les démarches déjà prises par les écoles, fournit de l'information probante au sujet d'interventions qui fonctionnent et aide les écoles à adapter leurs efforts de manière à répondre aux besoins individuels. Le cadre d'action comporte six volets visant à créer un ensemble équilibré d'activités favorisant un mode de vie sain : le milieu scolaire, les activités physiques régulières, les initiatives en classe, la famille et la collectivité, les activités parascolaires et le sentiment d'appartenance à l'école.

## ii) Subventionner la consommation d'aliments santé

Le programme Aliments-poste est un bon exemple de collaboration continue entre Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et Postes Canada. Dans le cadre de ce programme, le gouvernement fédéral prend à son compte une partie des coûts associés au transport d'aliments nutritifs périssables vers des collectivités isolées. La subvention du transport aérien vise à réduire les coûts d'expédition de la nourriture et à permettre aux détaillants de ces localités de vendre des denrées fraîches à des prix raisonnables. Environ 140 collectivités, pour la plupart autochtones, du Nord du Canada sont admissibles à la subvention. Des témoins ont expliqué que le gouvernement fédéral a augmenté la subvention accordée pour le transport, la faisant passer de 30 à 80 cents le kilogramme d'aliments comme les fruits, les légumes et les produits laitiers dans le cadre d'un projet pilote mis en œuvre dans trois collectivités. À la suite de l'augmentation de l'aide au transport, on a relevé une augmentation de l'achat de ces produits. Bien que les retombées à long terme du programme sur le poids santé n'aient jamais été évaluées, des témoins ont fait valoir que le projet devrait devenir permanent et s'étendre à d'autres collectivités dans le cadre du Programme Aliments-poste.

## iii) Réduire les taxes sur les aliments sains

La question d'une éventuelle réduction des taxes sur les aliments sains a souvent donné lieu à celle de l'imposition d'une taxe fédérale sur les aliments malsains dans le cadre d'un effort de promotion d'un poids santé chez les enfants. Des témoins ont expliqué que les gouvernements fédéral et provinciaux avaient déjà réussi à réduire le tabagisme de cette façon. Certains souhaitaient une taxe sur les aliments riches en calories mais pauvres en éléments nutritifs, comme les boissons sucrées et gazeuses, la plupart des grignotines et certaines catégories de repas-minute. D'autres ont proposé une mesure connexe visant à taxer de vastes catégories d'aliments selon leur teneur en certains macronutriments, par exemple une taxe à l'unité sur la teneur en gras saturé des aliments. D'autres encore ont fait remarquer qu'en vertu de la *Loi sur la taxe d'accise*, le gouvernement fédéral percevait déjà la TPS sur les aliments malsains comme les boissons gazeuses et diverses grignotines, notamment les bonbons, les croustilles, les noix et les graines salées, alors que la vaste majorité des autres aliments et boissons (ou « produits alimentaires de base ») y sont soustraits. Toutefois, la législation actuelle sur la TPS est parfois appliquée indifféremment à tous les aliments et boissons, bons ou mauvais. Par exemple, la TPS est appliquée à tous les aliments et boissons vendus dans les machines distributrices, qu'ils soient sains ou malsains; il en est de même pour la nourriture préparée dans les restaurants ou par les traiteurs. Par contre, lorsqu'ils sont vendus dans les magasins de détail, des aliments à valeur nutritive douteuse comme les céréales sucrées pour petit déjeuner, les shorteinings à forte teneur en gras trans et les produits laitiers à teneur élevée en gras sont soustraits à la TPS, alors que celle-ci est perçue sur les boissons saines telles que l'eau. Les préoccupations portaient sur les changements de comportement et les conséquences subéquentes qu'ils pourraient avoir sur l'obésité que produiraient différents taux d'imposition sur des aliments malsains par rapport à l'incidence financière que ces taux auraient sur les personnes qui continueraient de consommer ces aliments.

force musculaire, endurance musculaire, souplesse et équilibre. Il a aussi recommandé d'exiger que les activités physiques ou sportives d'un programme soient « soutenues », c'est-à-dire qu'elles durent au moins huit semaines à raison d'une session par semaine ou au moins une semaine (ou cinq jours consécutifs) dans le cas d'un camp, et qu'elles soient supervisées. Les frais d'inscription à des activités parascolaires organisées par les écoles et respectant les critères précités pourraient aussi donner droit au crédit d'impôt.

Le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants est semblable au crédit d'impôt pour un mode de vie sain créé en 2005 par la Nouvelle-Écosse afin d'aider à payer les frais d'inscription des enfants et des adolescents à des activités sportives et récréatives admissibles qui favorisent de saines habitudes de vie. Au départ, le montant annuel maximal de ce crédit non remboursable était de 150 \$ par enfant, et il est passé à 500 \$ en 2006. On estime que ce crédit d'impôt coûte au gouvernement de la Nouvelle-Écosse 2,2 millions de dollars par année. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer l'incidence du crédit d'impôt provincial, le Comité a appris que les données préliminaires de la première année indiquent qu'environ 30 p. 100 des familles ayant des enfants l'ont réclamé. Les données de la première année ne peuvent toutefois pas indiquer des changements dans les comportements, et il faudra avoir recours à la collecte permanente de données et à des sondages pour comprendre les incidences à long terme du crédit d'impôt.

## **B. Pratiques prometteuses influant sur la disponibilité des aliments et sur leur consommation**

### **i) Mettre l'accent sur la nutrition en général**

Divers programmes de Santé Canada visant les Premières nations et les Inuits, notamment le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme d'action communautaire pour les enfants et l'initiative sur le diabète chez les Autochtones, mettent l'accent sur la nutrition en général et encouragent la consommation d'aliments traditionnels. Dans le cadre de ces initiatives, les parents participent aux activités, y compris au counselling nutritionnel, aux jardins et cuisines communautaires, ainsi qu'à l'achat des aliments, à leur préparation et à la planification des repas. Souvent, l'accent est mis sur la sécurité alimentaire de la collectivité et sur l'approvisionnement local. Toutefois, des Inuits et d'autres Autochtones ont souligné que certains obstacles empêchaient toujours l'utilisation des aliments traditionnels en vente locale. Ainsi, au Nunatsiavut, la réglementation ne permet pas de servir des aliments traditionnels dans les garderies sans qu'ils aient fait l'objet de tests au préalable. Toutefois, au Nunavik, les garderies prévoient fournir 85 p. 100 des éléments nutritifs requis chaque jour, dont 30 à 40 p. 100 proviendront d'aliments traditionnels. Grâce au Programme canadien de nutrition prénatale, dans certaines régions du Nunavik, de l'omble chevalier et du caribou sont ainsi servis aux femmes enceintes.

#### **iv) Établir des liens culturels**

Le Cercle sportif autochtone financé par Patrimoine Canada travaille depuis dix ans à mettre en place les mécanismes nécessaires au sport et aux loisirs autochtones. L'organisme considère les programmes de sport et de loisirs comme un moyen de promouvoir un poids santé en développant les compétences personnelles et l'estime de soi. Ses programmes visent à resserrer le tissu communautaire, à renforcer les liens culturels et l'expression créatrice et à offrir aux jeunes des choix sains. Les témoins ont fait remarquer qu'en développant l'esprit d'équipe et le leadership et en offrant un cadre d'appartenance, le sport et les loisirs favorisent le développement social, la prévention du crime, le rétablissement des toxicomanes et l'insertion sociale tout en contribuant à soulager les jeunes mères. Des témoins ont noté que les directeurs des loisirs et les entraîneurs offrent aux jeunes des modèles de rôle et des canaux par où communiquer à manger sainement et apprendre, à faire face au racisme, ainsi que pour fixer des objectifs et les atteindre. On considère que les programmes sont source de bienfaits liés aux enseignements traditionnels de la roue médicinale qui englobe les aspects spirituel, émotionnel, mental et physique et qui vise la guérison intérieure.

#### **v) Reconnaître l'excellence dans les écoles**

Les Programme des Prix de reconnaissance aux écoles (PRE) de l'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse (ACSEP/LD) identifie, reconnaît et encourage l'excellence dans les programmes scolaires d'éducation physique. Les écoles primaires et secondaires qui souscrivent aux principes du PRE et en adoptent les normes et les critères peuvent recevoir une bannière (or, platine ou diamant). La Fédération québécoise du sport étudiant exécute un programme de prix semblable, quoique de portée plus vaste, appelé ISO-ACTIF, qui valorise de saines habitudes de vie, sur le plan de l'activité physique, de l'alimentation et de la prévention du tabagisme. La Fédération évalue l'information fournie par les écoles et récompense leurs efforts en leur attribuant des points et une distinction (bronze, argent, or ou excellence). Tant le PRE qu'ISO-ACTIF sont reconnus comme des programmes efficaces pour promouvoir une saine alimentation, l'activité physique et le lien de l'une et de l'autre avec un poids santé.

#### **vi) Adopter des incitations économiques**

Des témoins ont mentionné qu'une récente initiative du ministère des Finances pouvait faciliter l'accès des enfants et des adolescents aux programmes d'activité physique et de loisirs. Annonce dans le budget fédéral de mai 2006, le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants pouvant aller jusqu'à 500 \$ par enfant au titre des frais d'inscription à des programmes d'activités physiques admissibles est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et devrait coûter quelque 160 millions de dollars par année. Un comité d'expert a été mis sur pied pour conseiller le ministre des Finances au sujet de la nature des programmes ayant droit au crédit d'impôt. Dans son rapport publié le 26 octobre 2006, il a recommandé d'exiger, pour que les frais d'inscription à un programme donnent droit au crédit d'impôt, que les activités permettent de développer à la fois l'endurance cardio-pulmonaire (par des exercices d'aérobic) et au moins une des quatre qualités suivantes :

## A. Pratiques prometteuses en matière d'activité physique

### i) Renforcer les capacités communautaires

L'initiative appelée *Saskatoon In Motion* a été citée en exemple comme un moyen exemplaire pour renforcer les capacités locales, mobiliser les gens et obtenir des résultats sur le plan de l'activité physique. Voici ce qu'il en est : dans le cadre d'une alliance communautaire pour la recherche en santé des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), un investisseur d'un million de dollars par an sur cinq ans a été multiplié par dix grâce à un chercheur de l'Université de la Saskatchewan. Une fois l'argent des IRSC investi, la ville et la province y sont allées de leur contribution à l'activité d'intervention. Les témoins ont reconnu que l'initiative n'a pas permis de régler le problème; l'obésité juvénile est plus répandue en Saskatchewan que dans le reste du Canada et les niveaux d'activité physique y sont plus faibles. Ils ont toutefois ajouté qu'il est permis de se demander si la situation n'aurait pas été pire sans cette initiative.

### ii) Accroître la sensibilisation du public

ParticipACTION, initiative que le gouvernement fédéral a financée de 1970 à 2001 et qui a récemment été rétablie, est renommée à l'échelle internationale comme une des campagnes de sensibilisation du public les plus reconnues dans le monde. Environ 80 p. 100 des gens reconnaissent encore le nom ParticipACTION bien que la dernière campagne médiatique d'envergure remonte à 2001. Selon des témoins, les campagnes de marketing social mettent du temps à sensibiliser les gens, surtout à des choses qui peuvent être changées, tant sur le plan de la société en général que celui des parents et de leurs enfants. Ils ont souligné combien il importait de ne pas isoler un élément comme la reconnaissance de ParticipACTION, mais d'associer la campagne de volets de surveillance, de recherche, d'éducation physique à l'école, d'investissement dans les infrastructures locales et d'autres mesures. Les taux d'obésité ont beau avoir augmenté depuis les années 1970, cela ne veut pas dire, ont-ils soutenu, que ParticipACTION n'a pas été bénéfique, mais qu'il faut tenir compte d'autres facteurs comme l'utilisation accrue de l'ordinateur et de la voiture et l'augmentation de la taille des portions.

### iii) Assurer l'accès par l'entremise de partenariats fédéraux-provinciaux

Le programme *Sport for More* de l'Ontario a débouché à un accord bilatéral fédéral-provincial de 6,1 millions de dollars sur quatre ans. Il s'agit d'un des nombreux accords conclus entre des gouvernements provinciaux et Sport Canada. Ce programme permet actuellement de fournir du matériel d'entraînement aux poids à une école secondaire autochtone de Thunder Bay, d'organiser des cliniques de leadership pour les entraîneurs autochtones et d'appuyer les championnats paralympiques d'hiver 2006 et 2008 en Ontario. Il vise à augmenter la pratique des sports et l'activité physique chez les groupes sous-représentés comme les jeunes de familles à faible revenu, les minorités ethniques, les autochtones et les personnes handicapées.

Le Comité a appris que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité est similaire chez les garçons et les filles. Toutefois, quelques témoins ont fait valoir que les différences socialement induites de rôle et de comportement entre les garçons et les filles pourraient avoir une incidence sur l'obésité juvénile.

Selon des témoins, des sondages révèlent qu'en moyenne, les garçons sont physiquement plus actifs et font plus de pas que les filles. L'activité chute de 5 à 9 ans jusqu'à l'adolescence chez les garçons comme chez les filles, mais davantage chez les filles. Sur une note positive, lorsqu'on leur parle d'encourager et de soutenir l'activité physique chez leurs enfants, les parents tendraient davantage à dire aujourd'hui que par le passé, selon des témoins, jouent avec leurs filles à des jeux actifs. En outre, une étude sur les effets de l'activité physique sur les filles obèses révèle qu'elles éprouvent moins de problèmes de santé psychologique dès lors qu'elles sont plus actives physiquement.

## PARTIE 4 : QU'EST-CE QUI FONCTIONNE?

Le Comité a entendu déclarer à plusieurs reprises que le fait d'investir dès maintenant dans les enfants portera fruit au cours de cette génération. Il a appris que, pour être efficaces, les programmes de promotion d'un poids santé chez les enfants juvéniles doivent s'inspirer des principes du développement de l'enfant et, par conséquent, chercher à récompenser plutôt qu'à punir les comportements. Les initiatives qui tiennent compte de l'influence de multiples secteurs — santé, éducation, environnement, services sociaux, agriculture, transport, infrastructure des localités, etc. — sont les plus susceptibles de réussir. Il faut intervenir à tous les niveaux — individu, famille, quartier, école, municipalité, pouvoirs publics provinciaux ou territoriaux, fédéraux et internationaux, et même à celui de la scène internationale où la mondialisation des marchés et la publicité des médias jouent un rôle.

Des témoins ont parlé au Comité d'un certain nombre d'initiatives passées et actuelles relatives à l'alimentation et à l'activité physique auxquelles le gouvernement fédéral a participé ou participe d'une quelconque manière. Beaucoup ont mentionné la réussite de la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme et ils ont fait valoir que des mesures semblables pourraient être prises pour s'attaquer à l'obésité juvénile. Ils ont toutefois fait une mise en garde contre l'adoption de mesures qui réprouveraient l'obésité ou condamneraient certains aliments. Ils ont aussi rappelé que les initiatives ont plus de chances de connaître du succès si les enfants participent à leur élaboration. Tout en admettant que certaines initiatives pouvaient donner des résultats imprévus et avoir une portée restreinte, ils ont précisé que toutes pouvaient avoir des retombées positives et comportaient des leçons pour les intervenants de la promotion d'un poids santé chez les enfants. Ils ont signalé qu'il est rare qu'une seule intervention permette de démontrer une incidence directe sur le poids.

Par exemple, le Comité a appris que certains groupes semblent plus prédisposés à des états de santé liés à l'obésité que la population générale. Des témoins ont parlé de la susceptibilité génétique au diabète de type 2 des populations autochtones et sud-asiatiques. Ils ont fait remarquer que, chez les Autochtones, on développe le diabète en moyenne 10 à 20 ans plus tôt que dans la population générale. Des témoins ont soutenu que, pour ces enfants, les stratégies d'intervention doivent commencer dès les premières années de la vie puisque certains enfants sont obèses lorsqu'ils commencent l'école et que les problèmes de poids débutent parfois dès l'âge de deux ans. En outre, des témoins ont mentionné que la taille corporelle varie grandement d'un enfant à l'autre et que les caractéristiques physiques des groupes de la population peuvent différer considérablement. À cet égard, ils ont contesté la valeur de l'indice de masse corporelle comme moyen d'évaluer l'obésité juvénile chez les enfants des Premières nations et des Inuits. Ils ont indiqué que ces enfants peuvent différer de la population générale au niveau du poids à la naissance et du rythme de croissance.

## G. Services visant la santé

Le Comité constate qu'une gamme de services, dont un grand nombre qui dépassent la sphère des services de santé traditionnels, est essentielle à toute démarche efficace à l'égard de l'obésité juvénile. En plus de services de qualité en matière d'interventions de santé et de promotion de la santé, les témoins ont demandé l'instauration de programmes faisant appel à un éventail plus large de compétences professionnelles. Pour beaucoup d'entre eux, dans l'équation de l'obésité juvénile, les diététistes ou nutritionnistes ont un rôle clé à jouer quant à l'alimentation, tout comme les spécialistes de l'éducation physique jouent un rôle clé quant à l'activité physique. Plusieurs témoins ont insisté sur une meilleure sensibilisation des médecins et de la collectivité médicale aux facteurs contribuant à l'obésité juvénile et soutenu qu'il fallait pousser les professionnels de la santé à travailler à la prévention dans une optique multisectorielle.

Dans le contexte global des soins de santé aux Premières nations, il a été noté que 30 p. 100 des localités sont situées à plus de 90 kilomètres d'un omnipraticien. Les pénuries d'infirmières sont graves et les infirmières sont à ce point accaparées par les soins primaires qu'elles n'ont pas le temps d'indiquer aux parents comment améliorer les habitudes alimentaires de leurs enfants. Les écoles n'offrent pas de programmes de nutrition et d'activité physique et n'ont pas les moyens d'engager des directeurs des loisirs, des professeurs d'éducation physique, des diététistes ou des nutritionnistes.

Tout en soutenant qu'il faut orienter davantage le système de soins de santé et les professionnels de la santé vers la prévention de l'obésité juvénile, des témoins ont déclaré qu'il importe aussi de changer la façon dont les médecins et les autres professionnels interviennent après coup. Ils souhaitaient de meilleures données scientifiques concernant l'indice de masse corporelle comme moyen d'évaluation de l'obésité juvénile par opposition, par exemple, à la mesure du gras abdominal. Ils voulaient que les omnipraticiens travaillent davantage avec les parents et les familles des enfants en surpoids et obèses. Ils ont demandé l'établissement d'un plus grand nombre de centres de traitement de l'obésité pour les enfants et les adolescents.

Il y a aussi des différences entre les Autochtones ruraux et urbains. Par exemple, même si seulement près de 10 p. 100 des calories du régime alimentaire d'un enfant autochtone en milieu urbain proviennent des aliments traditionnels, les régimes alimentaires en milieu urbain contiennent généralement moins de malbouffe que ceux en milieu rural. Des témoins ont signalé que la détérioration et la contamination de l'environnement ont entraîné la modification des voies et des habitudes de migration des animaux vivant en troupeau et une diminution des plantes alimentaires disponibles. À leur tour, ces transformations ont restreint l'accès aux aliments traditionnels et aux activités physiques traditionnelles nécessaires pour se les procurer.

## E. Culture

Le Comité sait que les valeurs et les normes culturelles peuvent également influencer sur les habitudes d'alimentation et d'activité physique des enfants. Des témoins ont noté qu'il importait de tenir compte des différences entre les communautés sur le plan des habitudes culturelles d'alimentation et d'activité physique. On n'encourage pas, a-t-on fait remarquer, l'acquisition d'habitudes en matière d'activité physique ou d'alimentation de la même façon d'une culture à l'autre, et il faut mettre à contribution des gens en prise avec les populations locales pour mesurer l'efficacité des efforts déployés.

Selon un témoin, des recherches révèlent que chez les enfants sud-asiatiques, les préférences culturelles en matière d'alimentation pourraient contribuer au surpoids et à l'obésité chez ces enfants. On estime qu'il faut une démarche à plusieurs aspects mettant à contribution les lieux de culte, les écoles et les autres centres d'éducation.

Des témoins de collectivités des Premières nations et d'Inuits ont observé qu'on parvenait à réduire les niveaux d'obésité chez les enfants quand les gens revenaient aux comportements traditionnels et culturellement adaptés. Le fait de s'adonner à des activités récréatives, à des jeux et à des sports traditionnels et de consommer des aliments traditionnels était considéré comme inhérent au maintien de la santé physique de cette population. Dans le cas des Inuits urbains, la langue peut être un empêchement et les instructions qu'ils reçoivent en matière d'activité physique et de préparation des aliments risquent d'être mal comprises ou interprétées différemment. Par ailleurs, en milieu urbain, c'est au fond par apprentissage qu'on prend conscience des saines habitudes de nutrition et de préparation des aliments et qu'on en saisit le pourquoi. Les connaissances traditionnelles transmises par les grands-parents aux jeunes ne sont pas utiles en milieu urbain et les familles qui déménagent doivent en fait réapprendre ce qui est nutritif et comment nourrir leur famille.

## F. Facteurs biologiques et génétiques

Des témoins ont noté que la biologie et l'hérédité jouent un rôle dans l'atteinte et le maintien d'un poids santé. Les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique des enfants sont liés à la fois aux caractéristiques héréditaires et à la physiologie.

Des témoins ont souligné combien l'autonomie personnelle ainsi que la stabilité et la cohésion sociales sont essentielles pour les parents qui doivent prendre des décisions touchant leurs enfants. Dans le cas des Premières nations et des Inuits, le manque de contrôle sur plusieurs aspects de la vie personnelle et collective joint à des injustices historiques se traduit par beaucoup de résultats négatifs pour les enfants. Des témoins ont souligné la nécessité d'une plus grande mesure d'autodétermination et d'autonomie gouvernementale afin que les collectivités prennent davantage en main leur destinée et aient leur mot à dire dans la conception et l'exécution de programmes et de services appropriés sur le plan culturel en matière d'obésité juvénile.

## D. Milieu physique et emplacement géographique

Selon des témoins, l'endroit où vit un enfant est un déterminant majeur de l'obésité. Par exemple, les enfants des beaux quartiers courent 50 p. 100 moins de risques de devenir des enfants en surpoids ou obèses que les enfants des quartiers défavorisés. Des facteurs comme un meilleur accès aux terrains de jeu et aux parcs ainsi qu'aux supermarchés offrant une variété d'aliments à prix modiques y sont pour quelque chose.

L'intégration de l'utilisation mixte des espaces et de la densité accrue dans la conception des quartiers revêt une importance particulière sur le plan de l'activité physique. Le Comité s'est fait dire que les habitants de quartiers où l'on peut se rendre à pied d'un endroit à l'autre sont 2,4 fois plus susceptibles de se livrer à la quantité recommandée d'activité physique. Chaque heure supplémentaire passée dans une voiture fait monter de 6 p. 100 les risques d'obésité. Chaque kilomètre additionnel que les gens font à pied fait baisser d'environ 5 p. 100 les risques d'obésité. Pour tous les groupes d'âge, la présence d'espaces ouverts et de parcs dans le quartier, à courte distance de marche, est le facteur le plus susceptible d'encourager les gens à marcher. Les perceptions parentales en matière de sécurité, pour ce qui est de la circulation automobile et du taux de criminalité, influent également sur les habitudes de marche. Par exemple, environ 27 p. 100 des habitants de quartiers socio-économiquement faibles signalent un manque de parcs et de terrains de jeu à proximité, contre 9 p. 100 pour les habitants de quartiers socio-économiquement forts.

Des témoins ont également parlé des différences entre les localités du nord et du sud pour ce qui est du prix de la nourriture. Des études révèlent que les gens du nord paient beaucoup plus cher que les gens du sud le même panier d'épicerie. Le panier d'épicerie d'une famille de quatre à Kugaaruk au Nunavut coûte 327 \$ par semaine contre la moitié de ce montant à Edmonton. Côté activité physique, il est plus difficile dans les localités isolées de financer et de promouvoir une compétition saine et positive entre collectivités. Mis à part la rareté de la population et le manque d'installations, il peut être difficile dans des endroits accessibles seulement par avion ou par chemin d'hiver d'obtenir même un service de base comme le transport à destination et en provenance des compétitions.

En ce qui a trait à l'activité physique, de nombreux témoins estimaient qu'un revenu faible constituait le principal obstacle à la participation des enfants à des sports organisés et à des sports non structurés, plus particulièrement chez les Premières nations et les Inuits. Par exemple, seulement la moitié des 500 écoles des Premières nations ont un gymnase. Beaucoup de parents dans les collectivités éloignées du Nord peuvent difficilement assumer les coûts des installations et de l'équipement des activités récréatives d'intérieur ou d'extérieur. En plus du manque de programmes abordables dans beaucoup de ces collectivités, les parents ont peu de temps et de moyens financiers pour assurer le transport de leurs enfants sur les grandes distances qui séparent les collectivités qui offrent des programmes. Les enfants autochtones en milieu urbain sont confrontés à des problèmes de temps et d'argent semblables. De plus, le Comité a appris que certains enfants ne mangent pas suffisamment pour avoir l'énergie physique nécessaire pour suivre le rythme des autres enfants dans les activités physiques.

## **B. Education**

Le Comité a appris que, comme dans le cas du revenu, l'état de santé général s'améliore à mesure que le niveau d'instruction augmente. Les témoins ont souligné qu'une éducation efficace donne aux enfants et à leurs parents les connaissances et les compétences nécessaires pour être en mesure de prendre des décisions et de résoudre des problèmes liés à l'obésité juvénile. Par exemple, les compétences en matière de lecture et de calcul permettent de comprendre les étiquettes des aliments et de prendre des décisions éclairées à partir des guides d'activité physique et d'alimentation. Les témoins ont fait remarquer qu'il faut sensibiliser davantage les parents et les familles à l'importance d'une bonne nutrition grâce à des programmes qui procurent aux parents et aux aidants les compétences nécessaires pour planifier et préparer des repas nutritifs. Le Comité comprend que des outils pédagogiques simples faisant appel à différents médias peuvent favoriser l'apprentissage de connaissances relatives à une alimentation convenable et aux niveaux d'activité physique acceptables.

## **C. Milieu social**

Le Comité a appris que les collectivités qui sont riches en réseaux de soutien social peuvent offrir le cadre nécessaire pour assurer une meilleure santé des enfants. De nombreux témoins ont notamment parlé de l'importance de la cohésion sociale dans la lutte contre l'obésité juvénile. Ils ont décrit diverses pratiques prometteuses qui aident les gens à consacrer une partie de leur temps et de leurs ressources pour faire participer les enfants et les parents à des activités physiques. Certains témoins ont parlé des efforts pour renforcer les systèmes d'alimentation locaux par la mise sur pied de cuisines communautaires, de jardins communautaires, de coopératives d'alimentation et d'autres initiatives de soutien aux familles avec enfants.

autres. Ils ont souligné que les hypothèses au sujet de la responsabilité des parents de veiller à bien nourrir leurs enfants et à répondre à leurs besoins d'activité physique récréative doivent prendre en compte les autres réalités de nombreuses familles.

## A. Revenu

Le Comité a entendu des témoignages convaincants selon lesquels l'obésité juvénile est liée à des facteurs socio-économiques. Le revenu familial influe plus particulièrement sur l'accès à la nourriture et sur l'activité physique, les coûts limitant l'accès à des aliments nourrissants et à de l'équipement de sport ainsi qu'aux sports organisés. D'une part, il y a plus d'insécurité alimentaire (c'est-à-dire le fait de ne pas avoir suffisamment de nourriture ou de ne pas consommer la qualité ou la variété d'aliments désirés) parmi les familles à faible revenu, les femmes chefs de famille monoparentale et les Autochtones du Canada. Il y a trois fois plus de probabilités qu'une personne signale des problèmes d'insécurité alimentaire si elle reçoit de l'aide sociale, et près de quatre fois plus de probabilités si l'aide sociale constitue sa principale source de revenu. D'autre part, les familles à faible revenu ont rarement accès à des installations sécuritaires, adaptées et appropriées pour les loisirs.

En ce qui concerne plus particulièrement la nourriture, les témoins ont mentionné des données qui proviennent de sondages sur les dépenses des ménages à cet égard et qui font apparaître le rapport entre le revenu et l'achat de nourriture. Ainsi, à mesure que le revenu augmente, l'achat de fruits et de légumes croît de façon constante, et quand le revenu baisse, l'achat de fruits, de légumes et de produits laitiers baisse de façon marquée. Dans le groupe « viande et substituts de viande », les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles d'acheter des viandes à haute teneur en gras, alors que les personnes à revenu plus élevé se procurent des viandes maigres. Lorsque le revenu augmente, il y a une amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments achetés. Les ménages à faible revenu achètent surtout des aliments énergétiques qui contiennent moins d'éléments nutritifs.

L'insécurité alimentaire est un problème qui touche plus particulièrement les enfants des Premières nations, chez qui une personne sur quatre vit sous le seuil de pauvreté, et les Inuits dont le revenu moyen est considérablement plus bas que celui des non-Inuits. Le coût d'un panier de provisions nutritives dans les collectivités du Nord continue d'augmenter bien au-dessus des taux de salaire minimum et d'aide sociale. L'insécurité alimentaire oblige les Inuits en milieu urbain et d'autres populations autochtones en milieu urbain à faire appel à des banques d'alimentation afin de répondre au besoin fondamental de nourrir de leur famille, sans se soucier des éléments nutritifs. Dans les collectivités du Nord, la chasse dans le but d'avoir des aliments traditionnels comporte des coûts élevés, comme l'achat de bateaux, de moteurs, d'essence et d'autre équipement nécessaire, ce qui signifie que les personnes à faible revenu n'y ont pas accès.

consommation accrue de boissons sucrées est particulièrement dérangeant. On estime que les boissons sucrées pourraient être responsables d'une prise de poids représentant jusqu'à une livre par mois chez les adolescents.

Les témoins ont fourni des données indiquant qu'en 2004, près de 60 p. 100 des enfants et des adolescents canadiens de 2 à 17 ans mangeaient moins que le minimum de cinq portions de fruits et légumes par jour recommandé par le Guide alimentaire canadien. Ceux qui consommaient moins de trois portions de fruits et légumes par jour, ou entre trois et quatre portions par jour étaient beaucoup plus susceptibles d'être obèses (10 p. 100 et 9 p. 100 respectivement) que ceux qui en mangeaient au moins cinq portions par jour (6 p. 100).

En ce qui a trait aux enfants dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, les témoins ont établi un lien entre le fait que ces enfants consomment moins d'aliments traditionnels de grande qualité que ne le faisaient leurs parents et l'augmentation du taux d'obésité dans cette population. La moyenne maximale quotidienne de calories provenant d'aliments traditionnels consommés par les enfants autochtones est d'environ 10 p. 100, tandis que 40 p. 100 de leurs calories sont puisées dans le sucre, les matières grasses, les céréales très raffinées ou la restauration-minute. Des études démontrent que la valeur nutritive quotidienne du régime alimentaire des Autochtones du Canada est plus grande lorsqu'au moins une portion d'aliments traditionnels est consommée chaque jour.

Le Comité est préoccupé par des études qui montrent une corrélation entre la publicité des aliments et des boissons et l'obésité juvénile, surtout la publicité d'aliments et de boissons hypercaloriques de faible valeur nutritive qui s'adresse aux enfants. Les inquiétudes soulevées par les conséquences négatives de la commercialisation et de la publicité visant les enfants ont incité le Québec (depuis 1978), la Suède (depuis 1991) et la Norvège (depuis 1992) à interdire toute publicité télévisée destinée aux enfants. L'interdiction vise la publicité télévisée de tout produit s'adressant aux enfants et non seulement la publicité relative aux aliments, mais elle est limitée à la télévision. Comme c'est le cas en Suède et en Norvège, au Québec, l'interdiction ne vise que la publicité provenant de chaque compétence. Pour donner suite à des préoccupations semblables concernant la publicité télévisée destinée aux enfants, le Royaume-Uni a adopté en 2006 une approche plus ciblée en interdisant toute publicité d'aliments et de boissons à teneur élevée en matières grasses, en sel ou en sucre dans le cadre d'émissions intéressant particulièrement les enfants.

### **PARTIE 3 : QU'EST-CE QUI DÉTERMINE UN POIDS SANTÉ?**

La plupart des témoins ont parlé de la façon dont l'environnement de l'enfant détermine les comportements et les habitudes entourant l'alimentation et l'activité physique. Ils voyaient un lien direct entre l'obésité et les principaux déterminants de la santé, mentionnant de multiples facteurs socio-économiques, physiques, biologiques et

## A. Niveau d'activité physique

Le Comité a appris que les enfants et les adolescents du Canada ne sont pas assez actifs. Il est possible d'obtenir des mesures objectives de l'activité physique chez les enfants, notamment au moyen d'études leur faisant porter un podomètre afin de compter les pas qu'ils font chaque jour. Seulement 49 p. 100 d'entre eux s'adonnent pendant leurs loisirs à une activité physique, équivalant à environ une heure de marche par jour. Cette proportion est la même pour les enfants et les adolescents des milieux ruraux, des centres urbains et des collectivités autochtones. Les filles déclarent systématiquement faire moins d'activité physique quotidienne que les garçons. La plupart des enfants canadiens ne font pas 90 minutes par jour d'activité physique modérée (p. ex., la marche) ou intense (p. ex., la course à pied, l'escalade et la natation) comme le recommandent les guides d'activité physique canadiens pour les enfants et les jeunes. On estime que seulement 21 p. 100 des enfants et des adolescents suivent les lignes directrices internationales en matière d'activité physique quotidienne favorisant la croissance et le développement optimaux.

Les enfants et les adolescents qui participent à des activités physiques organisées et à des activités non structurées risquent moins d'avoir un surpoids ou d'être obèses. Par contre, le temps passé devant un écran (télévision, ordinateur ou jeux vidéo) est lié au surpoids et à l'obésité. Par exemple, les enfants de 6 à 11 ans qui ont passé plus de deux heures par jour devant un écran en 2004 étaient deux fois plus susceptibles d'avoir un surpoids ou d'être obèses que ceux qui n'y ont passé qu'une heure ou moins par jour. En moyenne, les adolescents du Canada passent près de 35 heures par semaine devant un écran, ce qui représente au cours d'une année plus de temps que celui passé en salle de classe.

Les témoins ont fait remarquer qu'il existe des obstacles à l'augmentation de l'activité physique et que les parents, les écoles et les quartiers doivent prendre un engagement plus ferme envers les enfants sur ce plan. Par exemple, environ le tiers des parents déclarent s'adonner à des jeux actifs avec leurs enfants, et une proportion semblable mentionne qu'il n'y a pas suffisamment de programmes et d'installations près de chez eux pour que leurs enfants soient actifs. Des études démontrent également que les enfants et les jeunes dont un parent est inactif dans ses moments de loisir sont eux-mêmes plus susceptibles d'être inactifs. De plus, moins de 20 p. 100 des enfants reçoivent de l'éducation physique tous les jours à l'école. Dans les quartiers, les enfants moins nantis ont des taux plus élevés d'obésité, une participation plus faible aux sports organisés et un accès plus restreint à des parcs et terrains de jeux sécuritaires.

## B. Alimentation

Le Comité a appris que les enfants consomment trop de calories. La raison en est que les portions sont plus grosses et que l'on consomme plus d'aliments gras et transformés et de boissons sucrées qu'autrefois. Le lien entre l'obésité et la

Branswick (34 p. 100), en Nouvelle-Écosse (32 p. 100) et au Manitoba (31 p. 100). La prévalence de l'obésité était beaucoup plus élevée que la moyenne nationale de 8 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador (17 p. 100) et au Nouveau-Brunswick (13 p. 100). Par contre, le taux combiné de surpoids et d'obésité était sous la moyenne nationale au Québec (23 p. 100) et en Alberta (22 p. 100), mais le taux d'obésité dans ces provinces était semblable à la moyenne nationale. Les taux combinés dans les autres provinces étaient de 30 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, de 29 p. 100 en Saskatchewan, de 27 p. 100 en Ontario et de 26 p. 100 en Colombie-Britannique.

Le Comité a appris avec surprise qu'en dépit de l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez les enfants, il y a un important décalage entre cette réalité et la perception des parents canadiens au sujet du poids de leurs enfants. Il a aussi appris que, selon un sondage, seulement 9 p. 100 des parents d'enfants de moins de 18 ans trouvent que leurs enfants ont un surpoids ou sont obèses, alors que le taux combiné réel à cet égard est de 26 p. 100. Le fait de ne pas reconnaître le problème ou, de le nier, pose un défi qu'il faut relever en sensibilisant davantage les parents, et il représente un grave risque pour la santé des enfants canadiens.

Le Comité a appris que, lorsque les enfants obèses d'aujourd'hui seront les adultes obèses de demain, le fardeau qui pèsera sur le système de santé et les programmes sociaux s'alourdira. Selon une estimation, l'obésité dans l'ensemble de la population entraîne actuellement au Canada des coûts directs en soins de santé d'environ 1,6 milliard de dollars par année, soit 2,4 p. 100 de l'ensemble des dépenses en soins de santé. À cela s'ajoutent 2,7 milliards de dollars de coûts indirects liés à l'obésité, notamment la perte de productivité, l'assurance-invalidité, la diminution de la qualité de vie et les problèmes de santé mentale découlant de la stigmatisation et d'une piètre estime de soi.

## PARTIE 2 : POURQUOI LES TAUX D'OBÉSITÉ SONT-ILS À LA HAUSSE?

Le Comité reconnaît que le surpoids et l'obésité chez les enfants, comme chez les adultes, sont liés à l'inactivité physique et à de mauvaises habitudes alimentaires. La consommation d'aliments (calories absorbées) et le niveau d'activité physique (calories dépensées) sont donc des éléments essentiels à la compréhension du problème de l'obésité juvénile. Toutefois, ces variables sont à leur tour influencées par de multiples facteurs tels que le statut socio-économique, l'environnement social et physique, la génétique, l'éducation et la culture qui déterminent le mode d'alimentation des enfants et leur niveau d'activité physique. À maintes reprises, les témoins ont mentionné ces nombreux déterminants sous-jacents de la santé qui ont une incidence sur les enfants et leurs parents ainsi que sur leur capacité de faire des choix sains.

a également tenu deux vidéoconférences avec des représentants des consommateurs, de l'industrie et du gouvernement du Royaume-Uni, pays qui compte plusieurs années d'expérience dans la lutte contre l'obésité juvénile.

Fait plus important encore, le Comité est allé au-delà du portefeuille de santé fédéral dans sa démarche horizontale. En plus des représentants de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, il a invité une vaste gamme de ministères et d'organismes fédéraux à prendre la parole au sujet de leur rôle dans une démarche vaste et globale relative à ce grave problème. Le ministère des Finances, Affaires indiennes et du Nord Canada, Sport Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et Statistique Canada ont parlé du rôle particulier qu'ils jouent dans les multiples dimensions essentielles à des mesures fédérales efficaces visant un poids santé chez les enfants.

## PARTIE 1 : LE PROBLÈME EST-IL GRAVE?

Le Comité a été stupéfait d'apprendre à quel point les surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents du Canada ont augmenté au cours des trois dernières décennies. En 1978, 12 p. 100 des enfants et des adolescents de 2 à 17 ans avaient un surplus de poids et 3 p. 100 étaient obèses, ce qui équivalait à un taux combiné de 15 p. 100. En 2004, 18 p. 100 des jeunes de ce groupe d'âge avaient un surplus de poids et 8 p. 100 étaient obèses, ce qui donne un taux combiné de 26 p. 100.

Bien que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité soit similaire chez les garçons et les filles, les tendances varient selon le groupe d'âge. Par exemple, alors que la proportion d'enfants de 2 à 5 ans qui avaient un surpoids ou étaient obèses n'a presque pas changé, de 1978 à 2004 (taux d'environ 21 p. 100), les taux combinés de surpoids et d'obésité ont doublé pour les autres groupes d'âge au cours de la même période, passant de 13 p. 100 à 26 p. 100 pour les enfants de 6 à 11 ans et de 14 p. 100 à 29 p. 100 pour les adolescents de 12 à 17 ans. À lui seul, le taux d'obésité chez les adolescents a triplé, passant de 3 p. 100 à 9 p. 100.

La situation des enfants autochtones est la plus alarmante. Quelque 55 p. 100 des enfants des Premières nations et 41 p. 100 des enfants et des adolescents autochtones vivant hors réserve ont un surplus de poids ou sont obèses. Les enfants des Premières nations de 9 à 11 ans sont deux fois plus susceptibles d'avoir un surpoids que ceux de 3 à 5 ans (29 p. 100 par rapport à 13 p. 100). Les jeunes enfants des Premières nations sont parfois plus susceptibles d'être obèses que les enfants plus âgés (49 p. 100 par rapport à 26 p. 100). Malheureusement, il n'y a actuellement aucune donnée comparable sur la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants inuits.

Le Comité a appris que les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents fluctuent grandement selon les régions du pays. En 2004, le taux combiné de surpoids et d'obésité chez les jeunes de 2 à 17 ans était considérablement plus élevé que la moyenne nationale (26 p. 100) à Terre-Neuve-et-Labrador (36 p. 100), au Nouveau-

L'obésité juvénile a atteint des proportions « épidémiques » au Canada. Les taux d'obésité sont à la hausse dans le monde entier, mais le Canada a l'un des taux les plus élevés des pays développés, se classant au cinquième rang parmi 34 pays de l'OCDE. Selon des données récentes, 26 p. 100 des jeunes Canadiens de 2 à 17 ans ont un surpoids ou sont obèses. Il est encore plus inquiétant de constater qu'environ 55 p. 100 des enfants des Premières nations dans les réserves et 41 p. 100 des enfants autochtones hors réserve ont un surpoids ou sont obèses.

Les enfants obèses courent un risque accru d'avoir un surpoids ou d'être obèses à l'âge adulte. Le Comité partage les craintes de nombreux spécialistes qui prédisent que les enfants d'aujourd'hui formeront la première génération depuis des siècles à obtenir de moins bons résultats que la génération précédente sur le plan de la santé et à avoir une espérance de vie moins longue que celle de leurs parents. Les incidences du surpoids et de l'obésité sur la santé — soit un éventail de maladies chroniques évitables et une mort prématurée — ont bien été démontrées. Elles sont graves pour les adultes qui développent des problèmes de poids, mais elles représentent une menace encore plus grande pour les enfants, qui peuvent être atteints de maladies chroniques à un âge précoce inhabituel. Ils peuvent notamment souffrir de diabète de type 2, de maladies du cœur, d'affections articulaires et de problèmes de santé mentale.

Le 15 juin 2006, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a amorcé une étude sur l'obésité juvénile au Canada, et plus particulièrement sur la responsabilité du gouvernement fédéral envers les enfants des Premières nations et des Inuits. Dans le cadre d'audiences thématiques tenues de septembre 2006 à février 2007, le Comité a cherché à recueillir de l'information sur l'ampleur de la situation, à comprendre l'influence d'une vaste gamme de déterminants de la santé, à examiner les approches adoptées dans les provinces et les territoires ainsi que dans certains pays, et à définir le rôle du gouvernement fédéral dans ce dossier.

Conscient du fait qu'il s'agit d'un problème complexe de santé publique, le Comité ne s'est pas limité au milieu traditionnel de la santé et il a entendu un large éventail de témoignages qui ont traité du rôle du revenu, du niveau de scolarité et de l'environnement social et physique dans l'augmentation des taux d'obésité chez les enfants du Canada. En plus d'entendre plus particulièrement des membres des Premières nations, des Inuits et d'autres groupes autochtones, il a écouté les témoignages de personnes représentant notamment les professionnels de la santé, des organismes œuvrant dans le domaine de la nutrition et du conditionnement physique, les industries de l'alimentation, des télécommunications et de la publicité, des groupes de loisirs et de sport, des gouvernements municipaux et provinciaux et des initiatives pour la sécurité alimentaire. Il



J. Accroître la consommation d'aliments santé.....	35
K. Évaluer les conséquences des crédits d'impôt.....	36
L. Appuyer la consommation d'aliments sains et l'activité physique dans les écoles.....	37
M. Amélioration des infrastructures locales.....	38
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	41
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	47
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES.....	57
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT.....	61
OPINION DISSIDENTE.....	63

13	vi) Adopter des incitations économiques .....
14	B. Pratiques prometteuses influant sur la disponibilité des aliments et sur leur consommation.....
14	i) Mettre l'accent sur la nutrition en général.....
15	ii) Subventionner la consommation d'aliments saine.....
15	iii) Réduire les taxes sur les aliments sains .....
16	iv) Accroître la sensibilisation au moyen de l'étiquetage de face.....
16	C. Pratiques prometteuses favorisant une saine alimentation et l'activité physique.....
16	i) S'adapter aux besoins.....
17	ii) Mettre en œuvre une approche multisectorielle.....
17	iii) Créer des milieux scolaires stimulants.....
17	iv) Etablir des partenariats (écoles, collectivités, chercheurs) .....
18	D. Leçons retenues .....
19	PARTIE 5 : QUELS SONT LES PROBLÈMES PROPRES AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUITES?.....
21	PARTIE 6 : QUE FAUT-IL FAIRE? .....
22	A. Etablir des objectifs précis et mesurables .....
23	B. Mettre en œuvre une vaste campagne de sensibilisation du public.....
25	C. Instaurer l'étiquetage obligatoire sur l'espace principal (devant) de l'emballage .....
26	D. Limiter les gras trans.....
27	E. Recueillir des données relatives aux objectifs.....
28	F. Collaborer à la mise sur pied d'un centre d'échange du savoir .....
30	G. Accroître la capacité de recherche multidimensionnelle .....
31	H. Instaurer un mécanisme de coordination .....
33	I. Contrôler la publicité alimentaire s'adressant aux enfants.....

# TABLE DES MATIÈRES

DES ENFANTS EN SANTÉ : UNE QUESTION DE POIDS ..... 1

DÉMARCHE DU COMITÉ ..... 1

PARTIE 1 : LE PROBLÈME EST-IL GRAVE? ..... 2

PARTIE 2 : POURQUOI LES TAUX D'OBÉSITÉ  
SONT-ILS À LA HAUSSE? ..... 3

A. Niveau d'activité physique..... 4

B. Alimentation ..... 4

PARTIE 3 : QU'EST-CE QUI DÉTERMINE UN POIDS SANTÉ? ..... 5

A. Revenu..... 6

B. Éducation ..... 7

C. Milieu social ..... 7

D. Milieu physique et emplacement géographique ..... 8

E. Culture ..... 9

F. Facteurs biologiques et génétiques ..... 9

G. Services visant la santé ..... 10

H. Sexe..... 11

PARTIE 4 : QU'EST-CE QUI FONCTIONNE? ..... 11

A. Pratiques prometteuses en matière d'activité physique ..... 12

i) Renforcer les capacités communautaires..... 12

ii) Accroître la sensibilisation du public..... 12

iii) Assurer l'accès par l'entremise de partenariats fédéraux-provinciaux ... 12

iv) Établir des liens culturels..... 13

v) Reconnaître l'excellence dans les écoles..... 13



# COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

## SEPTIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié la question de l'obésité juvénile et présente ses conclusions et recommandations.



# COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

## PRÉSIDENT

Rob Merrifield

## VICE-PRÉSIDENTES

Susan Kadis  
Christiane Gagnon

## MEMBRES

Dave Batters  
Colleen Beaumier  
L'hon. Carolyn Bennett  
Bonnie Brown  
Patricia Davidson  
Rick Dykstra  
Steven John Fletcher  
Luc Malo  
Penny Priddy

## AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

L'hon. Brenda Chamberlain  
Nicole Demers  
Ruby Dhalla  
L'hon. Hedy Fry  
Tina Keeper  
James Lunney

## GREFFIÈRE DU COMITÉ

Carmen DePape

## BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Nancy Miller Chenier

Odette Madore

Sonya Norris



**DES ENFANTS EN SANTÉ : UNE QUESTION DE  
POIDS**

**Rapport du Comité permanent  
de la santé**

**Le président**

**Rob Merrifield, député**

**MARS 2007**

**39<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION**

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Edition, Ottawa, Canada K1A 0S9



**DES ENFANTS EN SANTÉ : UNE QUESTION DE  
POIDS**

**Rapport du Comité permanent  
de la santé**

**Le président**

**Rob Merrifield, député**

**MARS 2007**

**39<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION**



**CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA**